

TC.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**ABDOMİNAL STOMALI HASTALARIN STOMA BAKIMINA İLİŞKİN
BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hilal TÜZER

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF.DR.NALAN ÖZHAN ELBAŞ

**ANKARA
2007**

TEŐEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőmesinde **Sayın Prof. Dr. Nalan ÖZHAN ELBAŞ**'a danıőmanım olarak, araştırmanın her aőamasındaki katkılarından dolayı,

Sayın Doç. Dr. Ayiőe KARADAĞ'a, **Sayın Yard. Doç. Dr. Hülya DENİZ BULUT**'a; araştırmanın her aőamasındaki katkılarından dolayı,

Sayın Doç. Dr. Selim KILIÇ'a ve **Sayın Doç. Dr. Süleyma CEYLAN**'a araştırmanın istatistiksel değerlendirilmesindeki katkılarından dolayı, çok teőekkür ederim.

Hazırlamıő olduğum anketleri kayıtlı hastalarına ulaőtırdıkları için Holister ve Coloplast firma yetkilileri ile araştırmaya katılan hastalara saygılarımı sunarım.

Hilal TÜZER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. GİRİŞ	
1. 1. Problemin Tanımı Ve Önemi	1
1. 2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2. 1. Stoma ve Stoma Bakım Hemşireliğinin Tarihçesi	6
2. 2. Stomanın Tanımı ve Abdominal Stoma Tipleri	6
2. 2. 1. Kolostomi	7
2. 2. 2. Ürostomi	7
2. 2. 3. İleostomi	8
2. 3. Abdominal Stomalı Hastalarda Görülen Komplikasyonlar	8
2. 3. 1. Peristomal Cilt Problemleri ve Yapılacak Girişimler	8
2. 3. 2. Diğer Komplikasyonlar	12
2. 4. Stoma Bakım Ürünleri	12
2. 5. Stomalı Bireyin Eğitimi	16
2. 6. Ostomi Torbasını Değişirme Basamakları	19
3.MATERYAL VE YÖNTEM	24
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6. 1. Sonuçlar	52
6. 2. Öneriler	57
ÖZET	58
İNGİLİZCE ÖZET (SUMMARY)	60
KAYNAKLAR	62

ÖZGEÇMİŞ	69
EK TABLOLAR	70
EKLER	
EK-1 Katılımcıları Bilgilendirmeye Yönelik Yönerge	73
EK-2 Abdominal Stomalı Hastalar İçin Anket Formu	75
EK-3 Bilgi Sorularının Doğru Cevap Anahtarı	80
EK-4 Araştırma izin yazıları	83

TABLolar DİZİNİ

Tablo-1:	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	28
Tablo-2:	Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özellikleri	30
Tablo-3:	Hastaların Stoma Bakımı İle İlgili Bilgi Alma Durumları	32
Tablo-4:	Hastaların Stoma Bakımına İlişkin Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı	34
Tablo-5:	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğru Cevap Ortalamaları	36
Tablo-6:	Hastaların Stoma Bakımı İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Ve Bilgi Kaynaklarına Göre Doğru Cevap Ortalamaları	38

EK TABLOLAR DİZİNİ

Ek Tablo-1:	Hastaların Yaş Gruplarına Göre Doğru Cevap Ortalamalarının Karşılaştırılması	70
Ek Tablo-2:	Hastaların Eğitim Durumu Gruplarına Göre Doğru Cevap Ortalamalarının Karşılaştırılması	71
Ek Tablo-3:	Hastaların Taburculuk Sonrası Stoma Bakımı İle İlgili Bilgi Kaynaklarına Göre Doğru Cevap Ortalamalarının Karşılaştırılması	72

1. GİRİŞ

1. 1. Problem Tanımı ve Önemi

İnsan, fiziksel, duygusal, sosyal ve entelektüel gereksinimleri olan bir varlıktır. İnsanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan temel ihtiyaçlarından biri de fiziksel gereksinimleridir. Bunların karşılanması ise normal fizyolojik fonksiyonlarını sürdüren bir organizmayı gerektirir. Vücut fonksiyonlarında gelişebilecek sorunlar, bireyin gereksinimlerini karşılamasını engelleyerek yaşam biçimini değiştirmesini etkileyebilir. İnsan vücudunda fonksiyonu bozulduğunda, fonksiyon bozukluğunu düzeltmeye yönelik girişimlerden biri de stoma açılmasıdır^{1,2}.

Stoma, Yunanca'dan gelen bir kelime olup 'açıklık' ya da 'ağız' anlamına gelmektedir³. Stoma cerrahisini gerektiren nedenlerden en sık görüleni kolorektal kanserler ve mesane kanserleridir^{4,6}. Kolorektal kanserler, Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık görülen kanserler arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2004 yılı verilerine göre 147.000 kişiye, kolorektal kanser tanısı konmuştur⁵. Mesane kanserinde ise Amerika Kanser Derneği (American Cancer Society) 2006 yılı verilerine göre 61.420 vaka tespit edilmiştir⁶. 2003 yılı verilerine göre İngiltere'de mevcut stomalı hasta sayısı 100.000 civarındadır. Her yıl yaklaşık 28.000 kişiye yeni stoma açıldığı ve yılda 19.000 kişinin de öldüğü belirtilmektedir^{7,8}.

Ülkemizde stomalı birey sayısına ya da her yıl ne kadar stoma açıldığına ilişkin istatistiki bilgiler bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan 2003 yılı "Sağlık İstatistikleri" yaylığına göre kadınlarda kolon kanseri % 4.26, rektum kanseri %

3.10, erkeklerde mesane kanseri % 6.80, kolon kanseri ise % 3.69 oranında görülmektedir⁹.

Temelde altta yatan patolojiyi ortadan kaldırmak ya da bireyin daha kaliteli bir yaşam sürdürmesini sağlamak amacı ile açılan stomalar, aynı zamanda bireyin tüm yaşantısını da etkilemektedir¹⁰. Stomalı hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda hastaların yaşadıkları stoma komplikasyonlarının yanı sıra psikolojik, fizyolojik ve sosyal sorunların da hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Psikolojik sorunlar içerisinde anksiyete, depresyon, tanıyı inkar etme, beden imajının bozulması, yetersizlik duygusu, benlik saygısında azalma gibi sorunlar görülmektedir^{4,11,12,13}.

Metcalf (1999), hastanın stoma ile yaşamaya uyum sağlamasının zaman aldığını ve cerrahi müdahaleyi takip eden ilk üç ay içinde hastaların yaklaşık % 18-26'sının psikolojik problemler yaşadıklarını belirtmektedir¹⁴. Karadağ ve arkadaşları da (2003) gastrointestinal stomalı hastaların sıklıkla karşılaştıkları psikolojik problemleri beden imajında değişiklik, yetersizlik hissi ve depresyon olarak belirtmişlerdir¹⁵.

Hastaların yaşadıkları başlıca sosyal problemler arasında ise sosyal ilişkilerde azalma, sosyal izolasyon, iş yaşamı ve arkadaş ilişkilerinde bozulma yer almaktadır^{12,15}.

Beckers ve arkadaşları'nın bildirdiğine göre (1996), Oades-Souther ve Olbrish'in stomaya psikolojik uyumla ilgili yaptıkları çalışmalarında, hastaların

çoğunluğunda emasyonel problemlerin geliştiğini göstermişlerdir. Emosyonel sorunlar olarak depresyon (%29), sosyal ilişkilerde azalma (%35), cinsel istekte azalma (%23), partner ile ilişkisinde azalma (%14) ve iş sorunları (%8) belirlenmiştir¹².

Stomalı hastaların yaşadıkları en önemli fizyolojik sorunlar arasında istemsiz gaz ve koku oluşumu, sızıntı, peristomal cilt sorunları, beslenme sorunları, diyare, konstipasyon, abdominal distansiyon, ağrı ve stomaya bağlı gelişebilecek komplikasyonlar yer almaktadır^{8,16}.

Stomalı hastalarda pek çok sorun ve komplikasyon gelişmektedir. Bunlar arasında en yaygın olanı peristomal cilt komplikasyonlarıdır. Bu sorunlar hastanın bakım, bilgi ve becerisi ile doğrudan ilişkilidir. Cilt komplikasyonları torbanın yerleşimini zorlaştırarak sızıntıya, koku oluşumuna, torbanın ciltten ayrılarak düşeceği korkusuna, kişinin istediği kıyafeti giyememesine, kişisel hijyenin bozulmasına ve bunlara bağlı olarak sosyal izolasyonla birlikte birçok psikolojik probleme de neden olabilmektedir^{10,17}.

Peristomal cilt komplikasyonları literatürde, %10 - %70 arasında değişen oranlarda görülmektedir¹⁸. Bu oran ileostomili ve ürostomili hastalarda sıvı içeriğinin fazla ve yakıcı nitelikte olması nedeniyle kolostomili hastalara göre daha yüksektir¹⁹. Persson ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, ileostomili hastalarda cilt komplikasyonu görülme oranı %48 iken, kolostomili hastalarda bu durumun görülme oranı % 27 bulunmuştur²⁰. Lyon ve arkadaşlarının (2000) yaptığı bir çalışmada ise torba kullanımını engelleyici düzeydeki cilt komplikasyonlarının %73 oranında olduğu belirtilmektedir. Bunların %42'si sızıntıya bağlı cilt tahrişleri, %20'si egzema ve

seberoit dermatit, %6'sı infeksiyonlar, %0.7'si allerjik temas dermatiti ve %0.6'sı da pysoderma gangreosum'dur²¹.

Stomalı hastaların yaşadıkları bu sorunları azaltmada, stoma bakımı konusunda uzman olan hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Bu sorumlulukların başında ise hasta ve ailesine danışmanlık yaparak stoma ve bakımı konusunda bilgilendirme gelmektedir^{6,22,23,24,25}. Burch (2005), stomanın hastalar için travmatik bir girişim olduğunu, bu durumun onların yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini, bundan dolayı da stoma bakım hemşiresinin en önemli rolünün, hastalara stoma ve bakımı konusunda eğitim, destek ve rehberlik yapmak olduğunu vurgulamaktadır⁷.

Karadağ ve arkadaşlarının (2003), Gazi üniversitesi stomaterapi ünitesi kapsamında yer alan kolostomili ve ileostomili hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, hastaların üniteye başvurduklarında tespit edilen cilt komplikasyonları oranı %60.5 iken, düzenli olarak takip edilerek danışmanlık hizmeti verildikten sonra bu oranın %9.3'e düştüğü belirtilmektedir. Aynı çalışmada psikolojik, fizyolojik, sosyal destek ve bilgilendirmenin hastaların yaşam kalitelerini anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır¹⁵. Wade'nin (1990), kolostomili hastalar üzerine yaptığı çalışmada, uzman hemşireler tarafından yapılan stoma bakımının hastaların fiziksel problemlerinin çözümünde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir²⁶.

Stoma komplikasyonlarının önlenmesinde hemşirenin bu kadar etkin rolü olduğu halde henüz her ülkede ve sağlık kuruluşlarında stoma bakım hemşiresi bulunmamaktadır. Ülkemizde de stomalı hastaların bakımı genellikle hastanın

ameliyat olduğu klinikte çalışan hekimler ve hemşireler tarafından yapılmaktadır. Bu kliniklerde ameliyat öncesi danışmanlık hizmetlerinin sistemli bir şekilde yürütülmediği, ameliyat sonrasında sadece fiziksel bakım yapıldığı, taburculuk eğitiminin ve taburculuk sonrası evde izlemin yapılmadığı, hastaların kendi sorunlarıyla baş edebilecek düzeye getirilmediği bilinmektedir²⁷. Bu nedenle klinik ve stoma hemşireleri, hastalara stoma bakımı konusunda iyi bir hasta eğitimi vermelidir. Verilen bu eğitimin, hastaların bilgi ve beceri dzelerini yükselterek stoma komplikasyonlarının gelişmesini önleyeceği düşünülmektedir.

Ülkemizde abdominal stomalı hastaların stoma bakımına yönelik bilgi dzelerini saptayan herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Araştırma bu amaçla planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma abdominal stomalı hastaların, stoma bakımına ilişkin bilgi dzelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Stoma ve Stoma Bakım Hemşireliğinin Tarihçesi

Colwell ve arkadaşlarının (2003) bildirdiklerine göre 1700'lü yıllarda Fransız cerrah Pimore, stoma oluşumuna çekostomi ile öncülük etmiştir. 1756'da William Cheselden, transvers kolostomiyi uygulamış, 1852'de ise Simon, ilk üriner diversiyonu ekstrofik mesane tedavisinde uygulamıştır. 1900'lü yılların başında ise Mile ve Maya abdominoperineal rezeksiyonu rektum kanserli hastalarda tanımlamışlardır²⁸.

1950–1960 yılları arasında Cleveland Clinic Foundation'da Dr. Rubert Turnbull, stomalı hastaların eğitimi ve bakımı için Norma Gill adında bir ileostomi hastasını, ilk enterostomal terapist olarak yetiştirmiştir. Norma Gill, 1961'de enterostomal terapistler okulunu kurmuş ve okula Dr. RB Turnbull School of Enterostomal Therapy Nursing adını vermiştir^{29,30}. İngilterede ilk stoma bakım hemşireliği kursu, 1972 yılında St. Bartholomov hastanesinde hemşire olan Barbara Saunders tarafından verilmiştir^{7,28}. Günümüzde stoma bakım hemşiresi olabilmek için World Council of Enterostomal Therapist (Dünya Entereostomal Terapistler Konseyi) tarafından kabul edilen okullardan birinde genellikle 8-9 hafta süren, 320 saatlik eğitimi tamamlamış olmak gerekmektedir^{27,31}.

2.2. Stomanın Tanımı ve Abdominal Stoma Tipleri

Stoma Yunanca'dan gelen bir kelime olup, "ağız" ya da "açıklık" anlamına gelmektedir. Ostomi; ise idrar yolları, gastrointestinal kanal veya trakeanın yapay olarak dışa doğru ağızlaştırılması, bir başka deyişle solunum, sindirim ya da üriner

sistemde geçici veya sürekli oluşturulan açıklıktır^{3,32}. Abdominal stomalar açıldıkları bölgeye göre; kolostomi, ileostomi ve ürostomi olarak adlandırılırlar^{7,28,33}.

2.2.1. Kolostomi: Kolostomi kolonun karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Kolostomi açılma nedenleri; Crohn hastalığı, bağırsak kanserleri, kolon obstrüksiyonu, divertikül hastalığı, travmalar, bağırsak iskemisi, fekal inkontinans, Hirschprung's Hastalığı'dır^{3,34}. Kolostominin başlıca fonksiyonu, bağırsak içeriğinin stoma aracılığı ile dışarı atılmasını sağlamaktır³⁵. Kolostomiler bağırsaktaki açılma yerlerine göre;

- Çıkan (assenden) kolostomi
- Transvers kolostomi
- İnen (dessendan) kolostomi
- Sigmoid kolostomi

Açılış tekniklerine göre ;

- Loop kolostomi
- Uç kolostomi
- Double-barreled (Çifte namlusu) kolostomi
- Devine kolostomi olarak tanımlanmaktadır^{3,34}

2.2.2. İleostomi: İleumun son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. İleostomi açılma nedenleri; Ülseratif kolit, Crohn hastalığı, travmalar, darlık, ailevi polipoz, radyasyon enteriti ve kanserlerdir^{3,7,34}. İleostomi sağ iliak fossaya ağızlaştırılır, fekal çıktı sıvıdır. Cerrahi sonrası stomadan kayıp günlük 1500 ml.'iken daha sonraki günlerde 600-800 ml.'ye düşmektedir⁸.

İleostomi tipleri ise şöyledir:

- Loop ileostomi
- Uç ileostomi

2.2.3. Ürostomi: Üriner stomalar ileal konduit, jejunum veya kolondan mesane yapılarak üreterlerle anastomoz sonucu karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Ürostomi açılma nedenleri; üriner inkontinans, fistül, piyelonefrit, mesane kanseri, radyasyon sistiti, nörojenik mesane ve konjenital anomalilerdir^{36,37}.

2.3. Abdominal Stomalı Hastalarda Görülen Komplikasyonlar

2.3.1. Peristomal Cilt Problemleri ve Yapılacak Girişimler

Peristomal cilt problemlerinin görülme nedenleri; stomanın şekli, stoma yerinin uygun seçilmemesi, stoma tekniğinin yanlış uygulanması, torbanın uygun yerleştirilmemesi ve stoma bakımının uygun yapılmaması nedeniyle sızıntı olmasındır¹⁰. Peristomal cilt problemleri;

Allerjik Kontakt Dermatit: Cildin herhangi bir allerjene karşı verdiği immünolojik cevaptır. Topikal ürünler veya sızıntı sonucu cildin zedelenmesi ile oluşur. Tepki alanı genellikle adaptörün çapı ile sınırlıdır. Zedelenmiş ya da inflamasyon gelişmiş olan peristomal ciltte duyarlılık riski daha yüksektir. Cilt kırmızı, ödemli, aşınmış ya da kanamalıdır. Kaşınma, batma, yanma vardır.

Yapılacak Girişimler^{38,39,40,41},

Allerjen uzaklaştırılarak, diğer iritanlardan kaçınılır. Sabun, deterjan ve çözücüler kuruluk, çatlaklık ve dermatitlere neden olan iritanlardır.

Nem ortadan kaldırılarak torba örtüsü kullanılır ve bantlar soğuk hava üfleyen kurutucu ile kurutulur.

Uygun cilt bakımı verilerek cilt korunur, ürün kullanımı ve teknikleri gözden geçirilir.

Allerjeni tespit etmek için; Patch (yama) testi yapılır.

Kimyasal Zedelenmeler: Kimyasal zedelenmeler kendi arasında İritan dermatit, kristaller ve hiperplazi diye gruplara ayrılır.

- **İritan Dermatit:** Topikal maddeler ya da adaptör ve torbanın uygun yerleştirilmemesi, nedeniyle ciltte meydana gelen kimyasal zedelenmedir. Obezite ve ameliyatta stoma yerinin uygun seçilmemesi nedeniyle deride kıvrımlar oluşması da etkenler arasındadır. Cilt kırmızı, nemlidir, yüzeysel doku kaybı vardır ve ağırlıdır.

Yapılacak Girişimler^{39,41,42,}

Cilt kırmızı ve doku bütünlüğü bozulmamışsa cilt korunur.

Cilt bütünlüğü bozulmuşsa stomahesive pudra kullanılır.

Cilt bütünlüğündeki bozulma ciddi ise aliminyum asetat pudra kullanılır.

Mümkün olduğu kadar kimyasal madde içeren ürün kullanımı kısıtlanır.

Hastanın torba ve adaptör uygulama tekniği yeniden değerlendirilir ve hastaya eğitim verilir.

- **Kristaller:** Şeker ve tuz kristallerine benzer ve sadece üriner stomalarda görülür. İçeriği kalsiyum, magnezyum ve amonyum fosfattır. Peristomal alanın temizliğinin iyi yapılmaması ve alkali idrar kristal oluşumuna neden olabilir.

Yapılacak Girişimler^{39,43};

Sıvı alımı azaltılır.

Torba ve adaptörün uygun yerleştirilmesi sağlanır.

Bölge sirkeli su (1 ölçü sirke 5 ölçü su) ile temizlenir.

- **Hiperplazi:** Parastomal dokunun sürekli olarak kronik irritana maruz kalması sonucu oluşur. İritan dermatitten sonra gelişir. Genellikle gri/beyaz ya da kırmızımsı kahverengi, siğil şeklinde doku artışıdır, ağrılıdır ve kolayca kanayabilir.

Yapılacak Girişimler^{39,42};

Uygun torba ve adaptör sistemi kullanılır.

Uzun süre kalabilecek bir yara örtüsü kullanılmalıdır.

Deterjan ve kimyasal maddeler gibi tahriş edici maddelerin kullanımı kısıtlanır.

Peristomal Varisler: Portal hipertansiyonlu hastalarda mukakütanöz birleşim yerinde portal sistemik şant nedeniyle oluşan basınç artar, venöz dolgunluk oluşturur. Stoma çevresinde mavimsi mor bir görünüm vardır. Bölgeye basınç uygulandığında renk açılır ve düzensiz küçük kan damarları belirginleşir, basınç artarsa kanama görülür.

Yapılacak Girişimler^{38,39,41};

Uygun torba çıkartma teknikleri kullanılır.

Yapışkan çıkarıcı ve cilt koruyucular kullanılır.

Stomanın çapına ve karın hatlarına göre torba sistemi yeniden düzenlenir.

Ürün kullanımı ve teknikleri gözden geçirilerek gerekirse yeniden düzenlenir.

Hasta stoma bakımı konusunda eğitilir.

Fungal (Mantar) Enfeksiyonlar: Kaşıntı vardır, başlangıçta lezyonlar papül şeklindedir, sıklıkla plaklara dönüşür. Lezyonların merkezi parlak kırmızı renktedir. Fungal enfeksiyonların gelişimine ılık ve nemli ortam, diabetes mellitus, immunosupresyon ve ilaçlar neden olabilir.

Yapılacak Girişimler^{38,39,41};

Stoma çevresi iyice kurularak kuru bir ortam sağlanır.

Adaptör ve torba sistemi yeniden değerlendirilir.

Aşırı yapışkan olan cilt bariyerlerinden kaçınılır.

Antifungal pudra kullanılır.

Folikülit: Kılların travmatik bir şekilde çıkartılması nedeniyle oluşan kıl foliküllerinin bakteriyel enfeksiyonudur. Lezyonlar kıl foliküllerinden çıkarlar, toplu iğne başı büyüklüğünde kırmızı püstüllerdir. Cildin sık ve kuru traşı, stoma torbasının ve adaptörün dikkatsiz çıkarılması folikülite neden olabilir.

Yapılacak Girişimler^{38,39,40};

Adaptör altında kalan kıllar, kılların çıkış yönüne doğru elektrikli traş makinası ile dikkatlice traş edilmeli veya makasla kesilerek kıllar kısa tutulmalıdır.

Hastanın kullandığı malzemeler ve torba yerleştirme tekniği değerlendirilir.

Soyulmuş olan doku cilt bariyer pudrası ya da yaranın özelliklerine uygun diğer topikal pansumanlarla tedavi edilir.

Selülit: Genellikle streptokokların neden olduğu ciddi bir enfeksiyondur. Eritem, ısı artışı, ağrı ve şişme gibi belirtileri vardır.

Yapılacak Girişimler³⁸;

Sistemik antibiyotikler kullanılır.

Cerrahi girişimle insizyon ve drenaj yapılır.

Torba adaptör sistemi değiştirilir.

Mekanik travma: Dış güçler, basınç, gerilme, sürtünme ve yırtılma ile ciltte meydana gelen zedelenmedir. Basınç ülserlerinde görüldüğü gibi kenarları düzensiz, kırmızı, ağrılı ve soyulmuş lezyonlar vardır. Uygun olmayan adaptör ve torba sistemi, malzemenin uygunsuz kullanımı, ince hassas cilt, kilo değişikliği, peristomal fitik ve stoma sarkması mekanik travmaya neden olmaktadır.

Yapılacak Girişimler^{38,39,41};

Torba yerleştirme tekniği ve kullanılan malzeme yeniden değerlendirilir.

Cilt bariyer pudrası ve yaranın özelliklerine göre diğer topikal ürünler kullanılmalıdır.

Yeni yaralanmalar önlenmelidir.

Peristomal Ülser: Ülserasyon alanı stomaya bitişiktir. Büyüklüğü, sınırları ve ağrı düzeyi değişir. Crohn hastalığında yaygın görülmektedir.

Yapılacak Girişimler^{38,39};

Uygun çapta açıklık oluşturulmalı ve konveks torba sistemi kullanılmalıdır.

Ciddi durumlarda keskin cilt debrütmanı ya da stoma bölgesinin değiştirilmesi gerekmektedir.

2.3.2. Diğer komplikasyonlar^{35,44}

- Stoma prolapsusu
- Parastomal herni
- Kanama

- Stoma stenozu
- Stoma retraksiyonu
- Stoma iskemisi ve nekrozu
- Üriner enfeksiyon

2.5. Stoma Bakım Ürünleri

Stoma cerrahisini takiben stoma ile ilgili komplikasyonlar gelişmektedir. Stoma bakım ürünlerinin doğru kullanımı, komplikasyonların önlenmesinde ve buna bağlı olarak hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında etkilidir^{3,8}. Stoma bakımında kullanılan ürünler; yardımcı bakım ürünleri, adaptör ve torba olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Torba: Tek parçalı ve çift parçalı olmak üzere ikiye ayrılırlar. Tek parçalı ve çift parçalı torbalarda kendi aralarında boşaltmalı-kapalı ve şeffaf-opak diye ayrılırlar. Kapalı torbalar dolduktan sonra çıkarılarak yenisi takılır. Boşaltılabilir torbaların alt kısmı açıktır ve klemp ile kapatılır. Torba dolunca klemp açılır, torba tuvalete veya bu iş için ayrılan bir kaba boşaltılır ve klemp yeniden takılır.

Tek parçalı torbalar: Tek parçalı torbalar torba ve çevresindeki yapışkan kısımdan oluşur. Tek parçalı torbalar en fazla 48 saatte bir değiştirilmelidir^{3,8}.

Çift parçalı torbalar: Çift parçalı torbalar torba ve adaptör olarak iki kısımdan oluşur. Torba dolduktan sonra çıkarılır, adaptör ciltte kalarak yerine yenisi takılır. Çift parçalı torba cildi koruyarak tahriş olmasını önlemektedir. Ciltte herhangi bir problem olmadığı takdirde adaptör 3–5 gün kadar kalabilir.

Ürostomi torbaları: Ucunda boşaltma vanası olan ve gece yatarken daha geniş hacimli bir torbayla bağlantı yapılabilen özelliktedir. Bu torbalar aynı zamanda idrarın geri akışını engelleyici kapak özellikleri ile üriner sistem enfeksiyonu ve cilt problemlerini önemli ölçüde azaltmaktadırlar⁸.

Adaptör: Adaptör torbayı destekleyen ve torbanın vücuda yapışmasını sağlayan parçasıdır. Kauçuk, metal, kağıt, yapışkan veya plastikten yapılabilir. Yumuşak veya sert, düz veya konveks olabilir⁴⁸.

Yardımcı Bakım Ürünleri: Stomalı hastaların bakımlarında cildin korunması, temizlenmesi, cilt komplikasyonlarının tedavisi, kokunun giderilmesi, kısacası stoma bakımının daha sağlıklı ve pratik bir biçimde yapılabilmesi için üretilen ürünlerdir. Bu ürünler;

Çözücüler: Torbanın çıkartılmasına ve torba çıkartıldığı zaman ciltte kalan yapıştırıcıların temizlenmesine yardımcı olurlar. Çözücülerin çoğu petrol kaynaklıdır, sıvı ve mendil şeklinde çeşitleri vardır. Cildin tahriş olmasını önlemek için çözücüler kullanıldıktan sonra cilt yıkanmalı ve durulanmalıdır^{38,45}.

Pasta: Cilt kıvrımlarının ve çatlaklarının doldurulmasında kullanılarak cildi stoma çevresindeki akıntıların olumsuz etkilerinden korur ve torbanın daha etkili yapışmasını sağlar. Pasta cilt bariyer açıklığının kenarına ya da stoma çevresindeki cilde uygulanır ve adaptör / torba yerleştirilmeden önce en az 1 dakika kuruması beklenir^{34,38,46}.

Koruyucu film: Cilt üzerinde su geçirmeyen, ince bir tabaka oluşturarak cildi stomadan gelen çöktürlere karşı korur.

Bariyer: Stoma çevresindeki cildi barsak içeriğinden korur ve torbanın yapıştırılabileceği uygun bir yüzey sağlar. Tahrişli ve kuru ciltlerde cilde yumuşaklık ve nem sağlar. Bariyerler aynı zamanda yaralanma nedeniyle oluşan peristomal cilt kayıplarını tedavi etmek için de kullanılmaktadır^{38,46}.

Pudra: Hassas ya da nemli deride koruyucu ve emici bir tabaka oluşturur. Pudra kullanıldığında torbanın güvenli bir şekilde yapışmasını sağlamak için pudranın fazlası ciltten uzaklaştırılmalıdır^{38,47}.

Üriner stomalar için yatak başı drenaj sistemi: Bu sistem drenaj tüpü ile bağlantılı olan şişe ya da plastik torbadan oluşmaktadır. Drenaj sistemi yatağın kenarına tespit edilebilir ya da zemin içine yerleştirilen özel bir sepet içine konulabilir. Geceleyin torbayı boşaltmak için tuvalete gitmeyi azaltır ya da engeller³⁸.

Kemer: Elastiktir, farklı bel ölçülerine göre ayarlanabilir. Saat 9 ve 3 hizasında torbaya destek sağlar. Bazı hastalar kemer taktıklarında kendilerini daha güvende hissettiklerini belirtmektedirler^{27,39}.

Bantlar: Torbanın yerinde kalmasını sağlarlar. Değişik üreticilerin çeşitli ölçülerde ve tiplerde bantları bulunmaktadır. Su sporları ve etkinliklerine katılan hastalar için su geçirmez bantlar bulunmaktadır³⁴.

Bağlar: Torbanın yerinde kalmasına yardımcı olur. 7–23 cm genişliğindedir. Prolapsus durumunda kullanılmaktadır.

Torba kılıfı: Cilt ve torba arasındaki nemi kontrol eder. Torbanın görülmesini engelleyerek beden imajını güçlendirir. Çeşitli torbalar için uygun olan yetişkin ve çocuk ölçüleri bulunmaktadır³⁸.

Torba deodorantı: Kokunun kontrol edilmesine yardım eder. Eğer torba deodorantı kullanılacaksa en iyi yöntem deodorantı boş torbanın alt yarısına yerleştirmektir³⁸.

Filtre: Kokuyu önleyerek gaz çıkışına izin verir. Tek parçalı ve çift parçalı torbalarda kullanılabilir. Filtrelerin kullanım süresi 8–12 saattir⁴⁷.

Konveks insertler: İki parçalı torba sisteminde ilave destek ve kavis sağlar. Bu insertler adaptörün karına daha iyi yerleşmesi için kavis oluşturur. İnsertlerin dış çapı adaptöre uygun olmalı, iç çapı ise stomadan 6 mm geniş olmalı, insertler aynı üretici tarafından üretilen torba sistemi ile birlikte kullanılmalıdır³⁸.

İç çamaşırı ve mayo: Torbanın daha az görülmesini sağlayarak destek sağlar, böylece beden imajını güçlendirir. Çeşitli tipleri ve bedenleri mevcuttur^{3,8,38,49}
Ürün seçiminde dikkat edilmesi gereken noktalar;

- Hastanın herhangi bir cilt problemi ya da allerjisi varsa cilt koruyucuları ve çift parçalı torbaların kullanılması önerilir.
- Açılan stomanın tipi, (ileostomilerde boşaltılabilir torbalar kullanılır.)
- Hastanın genel durumu; yaşlı, görme problemi olanlarda şeffaf tek parçalı torbaların kullanılması önerilir.
- Hastanın ekonomik durumu da göz önüne alınmalı, sosyal güvencesi olup olmadığına ve sosyal güvencesinin hangi ürünleri karşıladığına bakılmalıdır.
- Hastanın yaşam tarzı; spor yapan kişilerde kapalı torbaların kullanılması önerilir.
- Torbalar estetik olmalı, dikkat çekmemeli ve kişinin giyim tarzını değiştirmemelidir.

2.4. Stomalı Bireyin Eğitimi

Stoma bakımının amacı; stomalı hastalar için kaliteli bir hayat sağlamaktır. Stomalı bir hastanın yeni yaşam biçimine uyumu, beden imajındaki değişikliği kabullenebilmesi ve sonraki yaşamını olabildiğince bağımsız sürdürebilmesi, aldığı eğitim ve öğrendiklerini uygulayabilmeleri ile yakından ilgilidir⁵⁰. Black (2004), stoma bakımı konusunda uzman kişiler tarafından eğitim alan hastaların, stomaya daha kolay uyum sağladığını belirtmiştir²³. Connor (2003), taburculuk planı ve stoma cerrahisi sonrası planlananların, hasta hastaneye kabul edilir edilmez başlaması gerektiğini belirtmektedir⁵¹.

Stomalı bireye eğitim planlanırken yetişkin eğitimi prensipleri uygulanır. Bu prensipler şunlardır^{10,52},

- Eğitimde, hastanın öğrenmeye hazır olup olmadığı ve motivasyonu değerlendirilmeli.
- Hastanın yaşı, eğitim seviyesi, yeteneği, öğrenme ihtiyacı göz önünde bulundurulmalı.
- Hasta ailesi ile birlikte ele alınmalı, hastaya gereğinden fazla bilgi yüklemekten kaçınılmalı ve hastanın düzeyine uygun görsel eğitim materyalleri kullanılmalı.
- Hastanın istediği zaman soru sormasına izin verilerek özgüveninin artmasına olanak tanınmalı, psikomotor davranışlarda da hastanın soru sorması için ara verilerek nasıl yapacağı gösterilmelidir.

Stoma bakımı konusunda hastaya öğretilmesi gerekenler şöyle sıralanabilir^{3,6,10,20,49,50,52,53,54,55,56,57}.

Ameliyat öncesi dönemde;

- Stoma hemşiresi cerrah ile işbirliği yaparak hastayı tanı ve yapılacak olan cerrahi işlem hakkında bilgilendirmeli,
- Hastaya stoma ile ilgili kavramlar, stomanın rengi, görünümü, büyüklüğü ve işlevi ile ilgili bilgiler anlatılmalı,
- Hasta, tanısına göre sindirim ya da üriner sistem anatomi ve fizyolojisi hakkında, görsel materyaller kullanılarak bilgilendirilmeli,
- Stomanın bireyin yaşantısı üzerine olan, aktivite, beslenme, beden görünümü değişikliği, yaşam kalitesi, cinsellik, giyinme, iş yaşantısı ve sportif faaliyetler gibi etkileri, hasta ve yakını ile tartışılmalı,
- Ameliyat öncesinde hastaya, stoma yerinin belirlenmesi ve bunun önemi anlatılmalıdır.

Ameliyat sonrası erken dönemde;

- Stomadan gelen içeriğin gözlenmesi için şeffaf torba kullanılmasının gerekliliği ve stomanın ilk 24–72 saatte renk açısından gözlenmesinin önemi anlatılmalı,
- Hastada ileostomi varsa ilk 24–48 saatte; kolostomide 2. ve 5. günlerde; ürostomide ise hemen çıktı olması gerektiği konusunda bilgi verilmeli,
- Mümkün olan en kısa sürede hasta ve yakınının stomaya bakması, dokunması ve bakıma katılması sağlanmalıdır.

Ameliyattan sonra hastanın eğitime hazır olup olmadığına bakılarak;

- Stoma etrafındaki cildin bakımı,
- Oluşabilecek peristomal cilt komplikasyonları ve dikkat edilecek noktalar,
- Torba değiştirme basamakları,

- Oluşabilecek diğer komplikasyonların belirtileri ve neler yapılması gerektiği,
- Malzemelerin nereden ve nasıl sağlanacağı anlatılmalı,
- Stoma bakım ürünleri ve yardımcı ürünler hakkında bilgi verilerek alternatifler sunulmalı ve hastanın kendisine uygun malzemeyi seçmesi sağlanmalıdır.

Taburcu olmadan önce;

- Hasta ya da yakınına gerekli beceriler kazandırılmalı (Torba adaptör değişimi, cilt bakımı vb.),
- Günlük yaşam aktiviteleri hakkında bilgilendirilmeli,
- Hastaya yazılı kaynak sağlanarak ne zaman kontrole geleceği anlatılmalı,
- Sorunu olduğunda başvuracağı kişi ve yerler ile kullanacağı malzemeleri temin edebileceği firmaların adres ve telefonları verilmelidir.

Hasta benzer ostomi ameliyatı geçiren başka bir hasta ile tanıştırılarak, ulusal ostomi dernekleri gibi bu konuda eğitim veren gönüllü kuruluşlara yönlendirilmelidir.

Eğitim tamamlandıktan sonra eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi için hastaya sorular sorulmalı ve uzun süreli değerlendirme için de hastanın bakımını nasıl yaptığı takip edilerek eksiklikleri giderilmelidir.

2.5. Ostomi Torbasını Değişirme Basamakları^{2,3,10,27,49,58,59}

Aşağıdaki uygulama herhangi bir cilt problemi olmayan ve kendi kendine bakım veren ostomili hastanın bakımı için geçerlidir. Komplikasyon durumunda farklı ürünlerin kullanılması gerekebilir.

Ostomi adaptörünü / torbasını değiştirmede ilk basamak malzemelerin hazırlanmasıdır.

Malzemeler: Tek kullanımlık eldiven, gazlı bez veya kağıt havlu gibi atılabilir temizleme malzemesi, ılık musluk suyu, kesilebilir torba / adaptör kullanılacaksa eğri uçlu makas, yeni torba / adaptör, boşaltılabilir torba için klemp, plastik torba veya gazete kağıdı ve filtre.

İşlem Basamakları	Gereçesi
1. Ellerinizi yıkayınız.	1. Nozokomiyal enfeksiyon riskini azaltır.
2. İhtiyacınız olan tüm malzemeleri ulaşabileceğiniz şekilde yerleştiriniz.	2. Araç gerecin eksiksiz olması zaman kazandıracaktır.
3. Hasta ve hasta yakınını işlem hakkında bilgilendiriniz.	3. Açıklamalar hastanın anksiyetesini azaltır ve işleme uyumunu kolaylaştırır.
4. Mahremiyetinizi koruyacak uygun bir ortam sağlayınız.	4. İşlem esnasında rahat olmanıza yardımcı olur, utanmayı azaltır.
5. Eldiven giyiniz.	5. Kendinizi korumanızı sağlar.
6. Uygun pozisyon alınız. Ostomi torbası ayakta duruş, oturma ya da yatış pozisyonunda iken değiştirilebilir.	6. Uygun vücut mekaniğini kullanmanızı sağlar
7. Torba boşaltılabilir torba ise ve sadece boşaltacaksanız torbanın alt	7. Torba çok dolarsa aşağıya doğru ağırlık yaparak adaptörün / torbanın

<p>kısımındaki klempi açarak tuvalete veya sürgüye boşaltınız. Torbanın 1/2 yada 1/3'ü dolduğunda mutlaka boşaltılmalıdır.</p>	<p>ciltten ayrılmasına ve bağırsak içeriğinin dışarı sızmasına yol açacaktır.</p>
<p>8. Çift parçalı torbalarda adaptöre yerleştirilen torbayı tuvalete veya bu iş için ayrılan kaba boşaltarak içerisinden su geçirdikten sonra adaptöre tekrar yerleştirebilirsiniz.</p>	<p>8. Torbalar bu şekilde boşaltılarak 2 gün kullanılabilir.</p>
<p>9. Çift parçalı kapalı torbalarda ise birleşim yerindeki klempi açıp torbayı adaptörden ayırınız ve adaptöre yeni bir torba takınız. Ciltte herhangi bir problem yoksa adaptör ciltte 3-5 gün kalabilir.</p>	<p>9. Adaptörün ciltte uzun kalması cilt problemi olan hastalarda cildin tahriş olmasını önleyerek problemleri azaltır.</p>
<p>10. Çıkardığınız torbayı poşet ya da gazete kağıdına koyarak çöpe atınız.</p>	<p>10. Mikroorganizmaların çevreye yayılmasını azaltır.</p>
<p>11. Su ile ıslatılmış gazlı bez ile adaptörün / torbanın yapışkan kısmını ıslatınız ve bir elinizdeki gazlı bez ile cildi desteklerken diğer elinizle adaptörü yukarıdan aşağıya doğru çıkartınız.</p>	<p>11. Adaptörün / torbanın ciltten daha kolay çıkmasını sağlar, travmayı önler.</p>
<p>12. Stoma çevresini ılık su ile ıslatılan gazlı bezle siliniz. Bir gazlı bez ile önce stomanın üzerindeki çıktıyı alınız. Daha sonra asepti kurallarına uyularak her seferinde yeni bir gazlı</p>	<p>12. İritasyonu ve kanamayı önlemek için ılık su ile ıslatılmış gazlı bez kullanılır.</p>

<p>bezle dairesel hareketlerle tüm parastomal alan ve son olarak da stomanın üzerini tekrar siliniz.</p>	
<p>13. Stoma çevresini iyice kurulayınız.</p>	<p>13.Stoma çevresinin kuru olması adaptörün / torbanın cilde daha iyi yapışmasını sağlar.</p>
<p>14. Torba kullanımında en önemli nokta stomanın çapına uygun adaptör / torba kullanımınıdır. Ölçek ile stomanın çapını ölçünüz, stoma ile parastomal alan arasında 2-3 mm'den daha fazla açıklık olmamasını sağlayın.</p>	<p>14 Açıklık stomanın çapından çok geniş olursa stoma etrafında sızıntı ve ciltte tahrişe yol açar, dar olursa stomaya bası yaparak stomayı tahriş edebilir.</p>
<p>15. Kesilebilir adaptör / torba kullanılıyorsa ince uçlu makasla adaptörün / torbanın cilde yapıştırılacak olan kısmını stomaya uygun çapta kesiniz.</p>	<p>15. Adaptörün / torbanın kenarının düzgün kesilmemesi cildi ve stomayı tahriş edebilir ya da stomanın dolaşımını engeller.</p>
<p>16. Adaptör açıklığının kenarına dairesel hareketlerle pasta sürünüz.</p>	<p>16. Stomanın etrafındaki cilt korunarak sızıntı önlenir.</p>
<p>17. Alttan boşaltmalı torba kullanılıyorsa torbanın klempini yerleştirerek kilitleyiniz.</p>	<p>17. Klempin yerleştirilmesi torba içeriğinin dökülmesini önler.</p>
<p>18. Eğer filtresiz torba kullanıyorsanız filtreyi torbanın sağ ya da sol üst köşesine yapıştırınız ya da torbanın üzerinde bulunan özel filtre bölmesine yerleştiriniz.</p>	<p>18. Aktif karbon içeren filtreler kokuyu içine hapsederek gazın kokusuz bir şekilde dışarıya çıkmasını sağlar.</p>
<p>19. Yeni adaptörün / torbanın arkasındaki</p>	<p>19. Elin ısıyla adaptörün cilde daha iyi</p>

<p>kağıdı çıkartınız ve ortadaki delik stomayı içine alacak şekilde yerleştiriniz. Ostomi adaptörünün / torbasının cilde yapıştırılan bölümüne elle yarım dakika baskı uygulayarak cilde iyice yapışmasını sağlayınız.</p>	<p>yapışması sağlanır.</p>
<p>20. Torbayı cilde yerleştirdikten sonra bir elle aşağı doğru çekerek kontrol ediniz.</p>	<p>20. Torbanın iyice yerleşip yerleşmediği güvenlik amacıyla kontrol edilir.</p>
<p>21. Çift parçalı torbada adaptörün numarasına uygun ostomi torbasını dairevi hareketlerle adaptöre yerleştirilerek kilit sistemi varsa kilitleyiniz.</p>	<p>21. Adaptörün tam olarak yerleşmesini sağlar.</p>
<p>22. İşlem için kullanılan malzemeleri yanınızdan uzaklaştırınız atılacakları ilgili atık kutularına atınız, ellerinizi yıkayınız.</p>	<p>22. Mikroorganizma transferini azaltır.</p>
<p>23. Rahat bir pozisyon alınız.</p>	<p>23. Rahatınız sağlanmış olur.</p>

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, abdominal stomalı hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Birçok hastanede stomalı hastaların kayıtları bulunmamaktadır. Dolayısıyla hasta kayıtlarına daha kolay ulaşabilmek için Türkiye’de stoma bakım ürünlerini pazarlayan üç temel firmayla görüşülmüş; ancak bu firmalardan ikisi, kayıtlı hastalarına uygulama yapılabileceğini belirtmiştir. Bu firmalardan birisi 1990 yılında Ankara’da kurulmuştur. Kolostomili hastalara yönelik eğitim merkezleri bulunan bu firma, ürünlerini kullanan hastalara eğitim de vermektedir. Diğer firma ise, 1986 yılında İstanbul’da kurulmuştur. Eğitimli ürün sorumluları bulunan firma, hastaların ihtiyaçları doğrultusunda eğitim de verebilmektedir. Her iki firmanın da Türkiye’nin birçok ilinde bayileri bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınmayan hastalar: bakımları ailelerince yürütülen çocuklar, postoperatif 2 ayı tamamlamamış olan abdominal stomalı hastalar, 2 aydan daha kısa sürede stoması kapatılan geçici kolostomi ve ileostomisi olanlar. Postoperatif 2 ay sınırı konmasının nedeni ise ostomi ameliyatı geçiren hastaların, psikolojik ve fizyolojik açıdan özbakımlarını gerçekleştirecek kadar hazır olamamalarıdır⁶⁰.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Ülkemizde stomalı hasta sayısı belli değildir. Ülkedeki hastaların büyük bir kısmının stoma bakım ürünlerini pazarlayan üç firmaya kayıtlı olduğu düşünülerek firmalarla görüşülmüş, fakat hasta sayısı alınamamıştır. Firmalardan birisi araştırmaya katılmayı kabul etmediğinden diğer iki firmaya kayıtlı hastalar evreni oluşturmuştur.

3.4.2. Araştırmanın Örnekleme

Stomalı hasta sayısına ulaşamadığı için örneklem sayısını hesaplarken 20 kişi üzerinde pilot çalışma yapılmış ve doğru cevap ortalamaları 24 üzerinden 17.4 bulunmuştur. Örnekleme alınacak birey sayısı için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{t^2 \sigma^2}{d^2}$$

n = Örnekleme alınacak birey sayısı

σ = Pilot çalışmadan elde edilen standart sapma $\sigma = 12,85$

t = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer ($\alpha = 0,05$ de ∞ serbestlik derecesinde $t = 1,96$ bulunmuştur.)

d = Ortalamaya göre yapılmak istenen \pm sapma (d= 3)

Hesaplama sonucunda örneklem büyüklüğü minimum 71 olarak belirlenmiştir^{61,62}.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

Anket Formu: Bu form araştırmacı tarafından geliştirilmiş ve iki bölümden oluşmuştur (EK-2). Birinci bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla ilgili veriler, ikinci bölümde ise hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerini saptamaya yönelik önermeler yer almaktadır. Anket formu literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır^{12,27,33,48,49,60,63,64,65,66,67,68,69,70}.

Anket formunun ilk bölümünde katılımcıları bilgilendirmeye yönelik yönerge (EK-1) bulunmaktadır.

3.5.2.Ön uygulama

Araştırmanın ön uygulaması anket formunun anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla firmaya kayıtlı 15 hasta üzerinde yapılmıştır. Veri toplama araçlarının ön uygulamasından elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.5.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın uygulanabilmesi için öncelikle firma yetkililerine araştırmamızın içeriğiyle ilgili bilgi verilmiş ve yazılı izin alınmıştır (EK-4). Firmaların kayıtlarında olan hastalarla birebir görüşülemediği için anket formuna katılımcıları bilgilendirmeye yönelik birer yönerge eklenmiş ve hastalardan anketi bu yönerge doğrultusunda

cevaplamaları istenmiştir. Anket formları hastalara, firmalar aracılığıyla zarf içerisine geri dönüş pulları da eklenerek gönderilmiştir. Aralık 2005 tarihinde gönderilmeye başlanılan anket formları, Ağustos 2006'ya kadar hastalar tarafından firmalara yollanmış ve bu veriler araştırmacı tarafından bir araya getirilerek değerlendirmeye alınmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin kodlama ve değerlendirme işlemleri araştırmacı tarafından bilgisayarda SPSS 11.5 programında yapılmıştır.

Anketin ikinci bölümünde yer alan bilgi sorularına verilen doğru yanıt sayılarının ortalama ve standart sapma değerleri alınmış ve bağımsız değişkenlerle karşılaştırma yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, çoklu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis çok etkenli varyans analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	49	62.8
Kadın	29	37.2
Yaş Grubu		
<40	19	24.4
40-54	18	23.1
55-64	26	33.3
65>	15	19.2
Medeni Durum		
Evli	58	74.4
Bekar-Dul	20	25.6
Öğrenim Durumu		
Okur yazar değil	2	2.6
Okur yazar	6	7.7
İlkokul	16	20.5
Ortaokul	9	11.5
Lise	27	34.6
Yüksekokul	18	23.1
Meslek Durumu		
Emekli	33	42.3
Ev hanımı	19	24.4
Memur	15	19.2
Diğer*	11	14.1
Sosyal Güvence Durumu		
Emekli sandığı	54	69.2
Sigorta	20	25.7
Bağkur	3	3.8
Yok	1	1.3
Birlikte Yaşanılan Kişi		
Eşi	30	38.5
Eşi ve çocukları	26	33.3
Anne baba	11	14.1
Yalnız	6	7.7
Çocukları	5	6.4
Toplam	78	100.0

*(Öğrenci, işçi, serbest meslek, er, gazi)

Tablo 1'de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde hastaların; %62.8'inin erkek, %33.3'ünün 55-64 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Hastaların % 74.4'ü evli, %34.6'sı lise mezunu ve %2.6'sı okur-yazar değildir. Hastaların meslek durumlarına bakıldığında %42.3'ü emekli olup, %69.2'sinin sosyal güvencesi emekli sandığıdır. Hastaların %38.5'i eşiyse, %7.7'si ise yalnız yaşamaktadır.

Tablo 2. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özellikleri

Tanı ve Tedaviye İlişkin Özellikler	Sayı	%
Tanı		
Colorektal kanser	43	55.1
Mesane kanseri	9	11.5
Ülseratif kolit	8	10.2
Diğer*	7	9.0
Cevapsız	11	14.2
Ameliyat Olduğu Hastane		
Üniversite Hastanesi	53	67.9
Devlet Hastanesi	21	27.0
Özel Hastane	4	5.1
Stoma Tipi		
Kalıcı kolostomi	46	59.0
Geçici ileostomi	10	12.8
Ürostomi	9	11.5
Geçici kolostomi	8	10.3
Kalıcı ileostomi	5	6.4
Kullanılan adaptör/torba sistemi		
Çift parçalı alttan boşaltmalı	41	52.6
Tek parçalı alttan boşaltmalı	23	29.5
Çift parçalı kapalı	10	12.8
Tek parçalı kapalı	4	5.1
Stoma Bakımını Kimin Yaptığı		
Kendi	50	64.1
Diğer**	20	25.6
Eşi	8	10.3
Stoma Bakımını Engelleyen Durum		
Yok	73	93.6
Var***	5	6.4
Toplam	78	100.0

* (İntraabdominal kitle, inkontinans, fistül, over ca, ateşli silah yaralanması)

** (Anne, kız, kızkardeş)

*** (Ellerini kullanamama, görme bozukluğu, mide bulantısı)

Tablo 2'de araştırma kapsamına alınan hastaların tanı ve tedaviye ilişkin özellikleri yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların; %55.1'i tanısının colorektal kanser olduğunu, %67.9'u üniversite hastanesinde ameliyat olduğunu, %59.0'u kalıcı kolostomisi olduğunu ve %52.6'sı ise çift parçalı alttan boşaltmalı torba kullandığını belirtmiştir.

Hastaların %64.1'i stoma bakımını kendisinin yaptığını, %93.6'sı stoma bakımını engelleyen herhangi bir durumunun olmadığını belirtmiştir.

Tablo 3. Hastaların Stoma Bakımı İle İlgili Bilgi Alma Durumları

Hastaların Stoma Bakımı İle İlgili Bilgi Alma Durumları	Sayı	%
Hastanede Stoma Bakımı İle İlgili Bilgi Alma Durumu(n=78)		
Alan	70	89.7
Almayan	8	10.3
Bilgi Kaynağı (n=70)		
Birden fazla kaynaktan bilgi alanlar*	29	41.4
Firma görevlileri	26	37.1
Hemşire	12	17.1
Doktor	3	4.4
Bilginin Verilme Zamanı (n=70)		
Ameliyattan hemen sonra	36	51.4
Taburcu olmadan önce	17	24.3
Ameliyat öncesi dönemden başlayıp taburcu olana kadar	15	21.4
Evde	2	2.9
Taburculuk Sonrası Eğitim Ve Danışmanlık Alma Durumu (n=78)		
Alan	47	60.3
Almayan	31	39.7
Taburculuk Sonrası Eğitimi Kimden Aldığı (n=47)		
Firma görevlileri	29	61.7
Gazi Üniversitesi stomaterapi ünitesi	8	17.0
Hemşire	5	10.6
Doktor	3	6.4
Birden fazla kaynaktan bilgi alanlar***	2	4.3

*(Hemşire-doktor, Hemşire-firma görevlisi)

** (Anne, kız, kızkardeş)

*** (Hemşire-firma görevlisi, doktor-firmagörevlisi)

Tablo 3'te hastaların hastanede stoma bakımı ile ilgili bilgi alma durumları yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların; %89.7'si hastanede stoma bakımı ile ilgili bilgi aldığını ve %41.4'ü bu bilgiyi birden fazla kaynaktan, %51.4'ü ise bu bilgiyi ameliyattan hemen sonra aldığını belirtmiştir.

Hastaların %60.3'ü taburculuk sonrası eğitim ve danışmanlık aldığını, %61.7'si bu eğitimi firma görevlilerinden aldığını belirtmişlerdir.

Tablo 4. Hastaların Stoma Bakımına İlişkin Önermelere Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=78)

NO	ÖNERMELER	DOĞRU YANITLAYANLAR		YANLIŞ YANITLAYANLAR		BİLMİYORUM YANITINI VERENLER			
		SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%		
1	Stoma kırmızıya yakın parlak pembe renkte ve nemlidir.	72	92.3	2	2.6	4	5.1		
2	Stoma ve çevresi ılık su ile ıslatılmış pamuk ya da gazlı bezle temizlenir.	76	97.4	1	1.3	1	1.3		
3	Stoma çevresi ölçülür ve ona uygun adaptör kesilir.	65	83.3	6	7.7	7	9.0		
4	Stoma ve çevresi silindikten sonra kurulanır, kurulum yeni adaptörün / torbanın iyi yapışması için önemlidir.	73	93.6	5	6.4	-	-		
5	Stoma temizliğinde mutlaka sabun kullanılır.	33	42.3	38	48.7	7	9.0		
6	Deride herhangi bir tahriş görüldüğünde koruyucu pudra ve yara örtüsü kullanılır.	66	84.6	8	10.3	4	5.1		
7	Deri tahrişi sık olan kişilerde çift parçalı torba kullanılır.	42	53.8	8	10.3	28	35.9		
8	Torbanın yarısı ya da üçte biri dolduğunda mutlaka boşaltılır.	70	89.7	7	9.0	1	1.3		
9	Stoma çevresi ile adaptörün / torbanın kenarı arasında en az 1 cm'lik boşluk bırakılır.	31	39.7	40	51.3	7	9.0		
10	Torba çok dolarsa aşağıya doğru ağırlık yaparak stomadan cilde sızıntı olmasına yol açar.	71	91.0	3	3.8	4	5.1		
11	Yırtılan yada delinen torba yapıştırılarak tekrar kullanılır.	67	85.9	10	12.8	1	1.3		
12	Tek parçalı torba 72 saatte bir değiştirilir.	31	39.7	31	39.7	16	20.5		
13	Gece yatmadan önce torba boşaltılır.	75	96.2	2	2.6	1	1.3		
14	Stoma ve çevresi temizlenirken kaynatılıp soğutulmuş su kullanılır.	36	46.2	38	48.7	4	5.1		
15	Torbanın tamamı dolduğunda boşaltılır.	55	70.5	22	28.2	1	1.3		
16	Boşaltılabilir torba kullanılıyorsa torba içeriği tuvalete veya bu iş için ayrılan kaba boşaltılır.	70	89.7	6	7.7	2	2.6		
17	Ostomi torbası veya adaptörü ciltten çıkartılırken aşağıdan yukarıya doğru çekilerek çıkartılır	33	42.3	36	46.2	9	11.5		
18	Çıkarılan torba doğrudan çöpe atılır.	34	43.6	44	56.4	-	-		
19	Torbanın adaptör kısmı bir problem olmadığı takdirde ciltte 3-5 gün kadar kalabilir.	64	82.1	11	14.1	3	3.8		
20	Torba veya adaptör cilde yapıştırılırken elle yarım dakika bastırılarak iyice yapışması sağlanır.	68	87.2	9	11.5	1	1.3		
21	Torba yerleştirildikten sonra kendimize doğru çekilerek yerleşip yerleşmediği kontrol edilir.	65	83.3	12	15.4	1	1.3		
22	Torba veya adaptörün ciltten kolay çıkması için çevresi alkol ya da kolonya ile ıslatılır.	43	55.1	32	41.0	3	3.8		
23	Stoma çevresine torbanın iyi yapışmasını sağlamak ve sızıntıyı önlemek amacıyla pasta sürülür.	74	94.9	3	3.8	1	1.3		
24	Stomanın üzeri temizlenirken ağrı duyusu hissetmek normaldir.	40	51.3	33	42.3	5	6.4		
X̄ (ortalama)=17.36		SS (standart sapma)=±2.54		min=10		max=22		ortanca=18	

Tablo 4'te hastaların stoma bakımına ilişkin önermelere verdikleri yanıtların dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde hastaların en yüksek oranda doğru yanıt verdikleri ilk dört önerme;

'Stoma ve çevresi ılık su ile ıslatılmış pamuk ya da gazlı bezle temizlenir (2 nolu önerme)' hastaların %97.4'ü, 'Gece yatmadan önce torba boşaltılır (13 nolu önerme)' %96.2'si, 'Stoma çevresine torbanın iyi yapışmasını sağlamak ve sızıntıyı önlemek amacıyla pasta sürülür (23 nolu önerme)' %94.9'u, 'Stoma ve çevresi silindikten sonra kurulur, kurulama yeni adaptörün/torbanın iyi yapışması için önemlidir (4nolu önerme)' %93.6'sıdır.

Hastaların en yüksek oranda yanlış yanıt verdikleri ilk dört önerme;

'Çıkarılan torba doğrudan çöpe atılır (18 nolu önerme)' hastaların %56.4'ü, 'Stoma çevresi ile torbanın / adaptörün kenarı arasında en az 1cm'lik boşluk bırakılır (9 nolu önerme)' %51.3'ü, 'Stoma temizliğinde mutlaka sabun kullanılır (5 nolu önerme)' %48.7'si, 'Stoma ve çevresi temizlenirken kaynatılıp soğutulmuş su kullanılır (14 nolu önerme)' %48.7'sidir.

Bilmiyorum yanıtının en yüksek oranda verildiği dört önerme;

'Deri tahrişi sık olan kişilerde çift parçalı torba kullanılır (7 nolu önerme)' %35.9'u, 'Tek parçalı torba 72 saatte bir değiştirilir (12 nolu önerme)' %20.5'i, 'Ostomi torbası veya adaptörü ciltten çıkartılırken aşağıdan yukarıya doğru çekilerek çıkartılır (17 nolu önerme)' %11.5'i, 'Stoma çevresi ölçülür ve ona uygun adaptör kesilir (3 nolu önerme)' %9.0'ı, 'Stoma çevresi ile adaptörün / torbanın kenarı arasında en az 1 cm'lik boşluk bırakılır (9 nolu önerme)' %9.0'ıdır.

Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Doğru Cevap Ortalamaları

	Doğru Cevap Ortalamaları	p
Cinsiyet (n=78)		
Kadın	17.5 ± 2.7	0.876
Erkek	17.3 ± 2.5	
Yaş Grubu (n=78)		
<40	18.7 ± 2.3	0.001
40-54	18.4 ± 2.3	
55-64	16.6 ± 2.5	
65>	15.7 ± 1.9	
Eğitim Durumu (n=78)		
Okur yazar değil	13.5 ± 0.7	0.001
Okur yazar	14.7 ± 1.2	
İlkokul mezunu	16.4 ± 2.1	
Ortaokul mezunu	16.8 ± 4.0	
Lise mezunu	17.7 ± 1.9	
Yüksekokul mezunu	19.9 ± 1.6	

Tablo 5'te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre doğru cevap ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların; cinsiyetlerine göre doğru cevap ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Kadınlarda doğru cevap ortalamaları 17.5 ± 2.7 iken, erkeklerde 17.3 ± 2.5 olarak saptanmıştır.

Hastaların yaş gruplarına göre doğru cevap ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş gruplarına baktığımızda 40 yaşın altında olan hastalarda doğru cevap ortalaması 18.7 ± 2.3 iken, 40-54 yaş arasında 18.4 ± 2.3 , 55-64 yaş arasında 16.6 ± 2.5 , 65 yaş üstünde ise 15.7 ± 1.9 olarak saptanmıştır. Yaş arttıkça doğru cevap sayılarının azaldığı saptanmıştır.

Grupların ikiyeşerli olarak karşılaştırmaları ek tabloda yer almaktadır (Ek Tablo 1).

Hastaların eğitim durumlarına göre doğru cevap ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Doğru cevap ortalaması okur yazar olmayan hastalarda 13.5 ± 0.7 iken, okur yazar olan hastalarda 14.7 ± 1.2 , ilkokul mezunlarında 16.4 ± 2.1 , ortaokul mezunlarında 16.8 ± 4.0 , lise mezunlarında 17.7 ± 1.9 , yüksekokul mezunlarında ise 19.9 ± 1.6 olarak saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça doğru cevap sayısının arttığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Grupların ikiyeşerli olarak karşılaştırmaları ek tabloda yer almaktadır (Ek Tablo 2).

Tablo 6. Hastaların Stoma Bakımı İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına ve Bilgi Kaynaklarına Göre Doğru Cevap Ortalamaları

	Doğru Cevap Ortalamaları	p
Hastane (n=78)		
Üniversite Hastanesi	17.7 ± 2.7	0.097
Özel Hastane	17.3 ± 2.9	
Devlet Hastanesi	16.5 ± 1.9	
Stoma Bakımı İle İlgili Bilgi Alma Durumları (n=78)		
Alan	17.6 ± 2.5	0.047
Almayan	15.5 ± 2.7	
Bilginin Kim Tarafından Verildiği(n=70)		
Hemşire	18.3 ± 2.6	0.340
Doktor	16.3 ± 2.4	
Firma görevlileri	17.4 ± 2.5	
Birden fazla kaynaktan bilgi alanlar*	16.9 ± 2.5	
Bilginin Verilme Zamanı (n=70)		
Ameliyat öncesi dönemden başlayıp taburcu olana kadar	18.5 ± 2.4	0.152
Ameliyattan hemen sonra	17.5 ± 2.5	
Taburcu olmadan önce	16.8 ± 2.3	
Evde	17.0 ± 1.4	
Taburculuk Sonrası Eğitim Alma Durumları (n=78)		
Alan	18.1 ± 2.5	0.001
Almayan	16.3 ± 2.2	
Taburculuk Sonrası Eğitimi Kimden Aldığı (n=47)		
Hemşire	20.6 ± 1.5	0.001
Gazi Üniv. Stomaterapi Ünit.	19.2 ± 1.5	
Firma Görevlileri	17.7 ± 2.3	
Birden fazla kaynaktan bilgi alanlar**	17:0 ± 0	
Doktor	13.7 ± 0.6	

*(Hemşire-doktor, hemşire-firma görevlisi)

** (Doktor-firma görevlisi, hemşire-firma görevlisi)

Tablo 6'da hastaların stoma bakımı ile ilgili bilgi alma durumlarına ve bilgi kaynaklarına göre doğru cevap ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların; ameliyat oldukları hastanelere göre doğru cevap ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Üniversite hastanesinde ameliyat olan hastalarda doğru cevap ortalamaları 17.7 ± 2.7 iken, Devlet hastanesinde 16.5 ± 1.9 , özel hastanede ameliyat olanlarda ise 17.3 ± 2.9 olarak saptanmıştır.

Stoma bakımı ile ilgili bilgi alan hastalarla almayanların doğru cevap ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Bilgi alan hastaların doğru cevap ortalamaları 17.6 ± 2.5 iken, bilgi almayanlarda ise 15.5 ± 2.7 olarak saptanmıştır. Stoma bakımı ile ilgili bilgi alan hastaların doğru cevap ortalamaları bilgi almayan hastaların doğru cevap ortalamalarından yüksek bulunmuştur.

Hastaların, stoma bakımına ilişkin bilgi aldıkları kaynaklara göre doğru cevap ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bilgiyi hemşireden alan hastaların doğru cevap ortalamaları 18.3 ± 2.6 iken, firma görevlilerinden bilgi alan hastalarda 17.4 ± 2.5 , birden fazla kaynaktan bilgi alanlarda 16.9 ± 2.5 , doktordan bilgi alan hastalarda ise 16.3 ± 2.4 olarak saptanmıştır.

Hastalara stoma bakımına ilişkin bilgi verilme zamanına göre doğru cevap ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ameliyat öncesi dönemden başlayıp taburcu olana kadar bilgi alan hastaların doğru cevap ortalamaları 18.5 ± 2.4 iken, ameliyattan hemen sonra bilgi alanlarda 17.5 ± 2.5 , taburcu olmadan önce bilgi alanlarda 16.8 ± 2.3 , evde ise 17.0 ± 1.4 olarak saptanmıştır.

Hastaların taburculuk sonrası stoma bakımı ile ilgili eğitim ve danışmanlık alma durumlarına göre doğru cevap ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Taburculuk sonrası eğitim ve danışmanlık alan hastalarda doğru cevap ortalamaları 18.1 ± 2.5 iken, bilgi almadığını belirten hastalarda 16.3 ± 2.2 olarak saptanmıştır.

Hastaların taburculuk sonrası stoma bakımı ile ilgili bilgi kaynaklarına göre doğru cevap ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Taburculuk sonrası firma görevlilerinden bilgi alan hastalarda doğru cevap ortalamaları 17.7 ± 2.3 iken, Gazi Üniversitesi Stomaterapi Ünitesinden bilgi aldığını belirten hastalarda 19.2 ± 1.5 , hemşirelerden alanlarda 20.6 ± 1.5 , doktorlardan alanlarda 13.7 ± 0.6 , birden fazla kaynaktan bilgi alanlarda ise 17.0 ± 0 olarak saptanmıştır.

Grupların ikişerli olarak karşılaştırmaları ek tabloda yer almaktadır (Ek Tablo 3).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada abdominal stomalı hastaların stoma bakımına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasını (%62.8) erkek hastalar oluşturmaktadır (Tablo 1). Bu bulgu kolorektal ve mesane kanserinin erkeklerde daha fazla görülmesinin bir yansımasıdır^{7,8}. Benzer alışma sonuçları da bulgularımızı destekler niteliktedir^{7,72}. Literatürde stoma açılmasının en önemli nedeninin kolorektal kanserler olduğu belirtilmektedir^{7,25}. Araştırmada hastaların %55.1'ine kolorektal kanser nedeniyle stoma açılmıştır. Bulgularımızı destekler nitelikteki sonuçlar Alkan, Addis ve Candan'ın çalışmasında da elde edilmiştir^{73,74,75}. Bu çalışmada, hastaların yaş ortalamaları $\bar{X} = 51.8 \pm 15.8$ (16–81) olarak saptanmıştır. Hastaların çoğunluğu 50 yaşın üzerindedir (Tablo 1). Bu bulgu Hastalık kontrol merkezinin (CDC-Centers for Disease Control and Prevention) 50 yaşın üzerindeki bireylerin kolorektal kanser açısından risk grubu olduğu bilgisi ile uyumludur⁷⁶.

Çalışmada, hastaların %69.3'n kolostomili, %19.2'sini ileostomili, %11.5'ini rostomili hastalar oluşturmaktadır (Tablo 2). Lyon ve arkadařlarının²¹ araştırmasında da hastaların %65'ini kolostomili, %25'ini ileostomili, %10'unu rostomili hastalar oluşturmakta ve bu durum, bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Burch⁷, stomanın en sık görülen tipinin kolostomi, daha sonra ileostomi, en az rastlanan tipinin ise Ürostomi olduğunu belirtmektedir.

Hastaların %65.4'ünün çift parçalı torba, %34.6'sının ise tek parçalı torba kullandığı saptanmıştır (Tablo 2). Bu durumun nedeni çift parçalı torba kullanımının, daha az cilt komplikasyonuna yol açması olarak gösterilebilir. Çift parçalı torba, cildi koruyarak tahriş olmasını önlemekte ve ciltte herhangi bir problem olmadığı takdirde, adaptör 3–5 güne kadar kalabilmektedir⁸. Ayrıca kurumlar tek parçalı torbada günde bir torba, çift parçalı torbada ise günde bir torba üç günde birde adaptör ücretini karşılamaktadır. Hastaların çift parçalı torba kullanımını tercih etme nedeni torbayı tekrar kullanabilmeleri de olabilir.

Stoma bakımına ilişkin önermelere verilen yanıtlara bakıldığında hastaların; %97.4'ünün “Stoma ve çevresi ılık su ile ıslatılmış pamuk ya da gazlı bezle temizlenir” 2 nolu önermeyi, %96.2'sinin “Gece yatmadan önce torba boşaltılır” 13 nolu önermeyi, %94.9'unun “Stoma çevresine torbanın iyi yapışmasını sağlamak ve sızıntıyı önlemek amacıyla pasta sürülür” 23 nolu önermeyi, %93.6'sının “Stoma ve çevresi silindikten sonra kurulanır, kurulama yeni adaptörün / torbanın iyi yapışması için önemlidir” 4 nolu önermeyi doğru yanıtladığı saptanmıştır (Tablo 4). Peristomal alanın bakımına ve torba kullanımına yönelik bu önermelere hastaların tamamına yakınının doğru yanıt vermesi sevindirici bir bulgudur. Peristomal alanın bakımının uygun yapılmaması birçok sorun ve komplikasyona neden olmaktadır.

Hastaların, %51.3'ü “Stoma çevresi ile adaptörün / torbanın kenarı arasında en az 1 cm'lik boşluk bırakılır” 9 nolu önermeye yanlış yanıt vermiştir (Tablo 4). Stoma ile adaptörün / torbanın kenarı arasında 2–3 mm'den daha fazla açıklık olmaması gerekir. Açıklık dar olursa adaptör / torba, stomaya bası yaparak stomayı tahriş edebilir ve stomanın dolaşımını engelleyebilir. Açıklık, stomanın çapından çok geniş olursa stoma etrafında sızıntı meydana gelir ve bu durum ciltte tahrişe yol açar.

İdrar ya da dışkı sızıntısı ise peristomal cilt komplikasyonlarının en önemli nedenidir. Stomalı hastaların en çok yaşadığı problemler peristomal cilt komplikasyonlarıdır. Peristomal cilt komplikasyonları literatürde, %10 - %70 arasında değişen oranlarda görülmektedir¹⁸. Bu problemlerin en önemli nedeni de torba ve adaptör sisteminin uygun kullanılmamasıdır^{7,27}. Çalışmamızda da hastaların yarısının torba / adaptörü uygun ölçüde kesmeyi bilmediği saptanmıştır (Tablo 4). Bu hastaların cilt komplikasyonlarının gelişmesine aday olduğu düşünülmektedir. Cilt komplikasyonları torbanın yerleşimini zorlaştırarak sızıntıya, koku oluşumuna, torbanın herhangi bir yerde ciltten ayrılarak düşeceği korkusuna, kişinin istediği kıyafeti giyememesine, kişisel hijyenin bozulmasına ve bunlara bağlı olarak sosyal izolasyonla birlikte birçok psikolojik probleme de neden olabilmektedir^{10,17}.

“Stoma temizliğinde mutlaka sabun kullanılır” 5 nolu önerme, hastaların %48.7’si tarafından yanlış olarak cevaplandırılmıştır (Tablo 4). Stoma ve çevresinin temizliğinde mutlaka sabun kullanılmasına gerek yoktur. Ancak tercihen sabun kullanılabilir. Literatürde peristomal alanın temizliğinin gazlı bez ve ılık musluk suyu ile yapılabileceği belirtilmektedir²⁷.

“Çıkarılan torba doğrudan çöpe atılır” 18 nolu önermeye, hastaların %56.4’ü, yanlış yanıt vermiştir (Tablo 4). Çıkarılan ostomi torbasının korumasız bir şekilde çöpe atılması çevrenin gaita veya idrar ile kontaminasyonuna yol açar. Torba çıkartılmadan önce içeriği tuvalete veya bu iş için ayrılan bir kaba boşaltılır, daha sonra çıkartılan torba gazete kağıdı veya poşete konarak çöpe atılır. Torbaların uygun şekilde çöpe atılması çevre sağlığı açısından son derece önemlidir. Oysa hastalarımızın çoğunluğu bu işlemi uygun yapmamaktadır.

Hastaların stoma bakımına ilişkin doğru cevap ortalaması $\bar{X} = 17.36 \pm 2.54'$ tür (Tablo 4). Hastaların cevap ortalamaları bu önermelerin çoğunluğuna doğru yanıt verdiklerini göstermekle beraber, bazı önemli davranışların istenilir düzeyde yerine getirilmemesi hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir.

Hastalara verilen eğitim kadar becerilerinin geliştirilmesi de önemlidir. Hastaların taburcu olmadan önce kendi kendilerine torba değiştirecek düzeyde bilgi ve beceri kazandırılması bu hastalara bakım veren hemşirelerin temel sorumluluklarındandır. Bireylerin taburcu olduktan sonra da bu işlemi doğru yapabilmesi için, taburcu olmadan önce hemşire gözetiminde kendi kendine torba değişimini tüm aşamalarıyla tam olarak yapabiliyor olması gerekir.

Hastaların eğitim durumları ile doğru cevap ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim düzeyi yükseldikçe doğru cevap ortalamasının da arttığı tespit edilmiştir (Tablo 5). Hastaların eğitim durumlarının ikişerli olarak karşılaştırılmasına baktığımızda bu farklılığın birkaç gruptan kaynaklandığı görülmektedir (Ek Tablo 2). Bu gruplar okur-yazar olmayan hastalarla, lise ve yüksekokul mezunları, ilkokul mezunları ile yüksekokul mezunları ve lise mezunları ile yüksekokul mezunlarıdır ($p < 0.05$).

Bu durum stomaya özgü olmayıp eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin stoma ve bakımına yönelik sağlık personeli dışındaki internet, stoma bakımı ile ilgili yayınlar ve uluslararası ostomi kuruluşları gibi kaynaklara da ulaşmaları ile ilgili olabilir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek hastalar kendilerine verilen eğitim materyallerini daha iyi okuyup

anlayabilirler. Bulgularımızı destekler bir çalışma Addis tarafından yapılmıştır. Addis'in⁷³ ileostomili ve kolostomili hastaların taburculuk sonrası evde izlemlerinin yaşam kalitesine etkisi üzerinde yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastalar, eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek puan almışlardır.

Çalışmada hastaların, %89.7'sinin hastanede stoma bakımı ile ilgili bilgi aldıkları saptanmıştır (Tablo 3). Bu bulgu, hastaların stoma bakımına yönelik eğitim almaları adına sevindiricidir. Ancak hastanın bilgi isteme hakkı bağlamında düşünüldüğünde eğitim almayan %10.3'lük hasta grubunun karşılaşacağı riskler de azımsanmayacak orandadır. Hasta hakları yönetmeliğinde 'Her hastanın sağlık durumu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemler, bunların faydaları, sakıncaları, hastalığın seyri ve neticesi konusunda sözlü ve yazılı bilgi isteme hakkına sahip' olduğu belirtilmektedir⁷⁷. Ayrıca WCET(World Council of Enterostomal Therapists) felsefesini şöyle belirtmektedir; 'Biz her bireyin birtakım hakları ve gereksinimleri olduğuna, bunların bireyin ülkesinde mevcut olan en iyi araç ve yöntemlerle karşılanması gerektiğine, ayrıca her bireyin doğrudan stomaterapi hemşiresi yada stomaterapi hemşiresinin yönetimi altında sunulan kapsamlı ve özelleşmiş bakım almaya hakkı vardır'⁷⁸. WCET'in belirttiğine göre her hastanın stoma bakımına yönelik bilgiyi stoma bakım hemşiresinden alma hakkı vardır. Oysa ülkemizde henüz her hastanede stoma bakım hemşiresi yoktur.

Hastanın stoma bakımını tek başına üstlenebilecek kadar bilgi ve beceriye sahip olmasında ve bu konuda kendine olan güveninin gelişmesinde, uzman stoma bakım hemşirelerinin önemli rolleri bulunmaktadır. Stoma bakım hemşireleri, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini belirleyerek, hastanın bakımını planlamalı; planladıkları bu girişimleri uygulamalı ve hastayı stoma bakımı konusunda

eğitmeliyimdirler. Tüm bu girişimler, hastaların yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamak ve stoma sonrası oluşabilecek olan komplikasyonları azaltmaktadır^{7,14,16}. Benzer şekilde Addis'in⁷³ çalışmasında da hastanede verilen eğitimin taburculuk sonrasında yaşanan problemleri azalttığı belirtilmektedir.

Stoma bakımı konusundaki eğitimin kim tarafından verildiği, bilginin verilme zamanı, kime verildiği ve etkinliği çok önemlidir. Bilgi kaynakları ile doğru cevap ortalamalarına bakıldığında bilgiyi hemşirelerden alan hastaların doğru cevap ortalamaları diğer bilgi kaynaklarına göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşireler tarafından bilgilendirilen hastaların doğru cevap ortalamalarının yüksek olmasının nedeni, hemşirelerin hasta ile daha uzun süre birlikte olmaları ve hastalara, ameliyat öncesi dönemden başlayarak eğitim, danışmanlık ve bakım hizmeti vermeleri olarak gösterilebilir.

Hastanede stoma bakımı ile ilgili bilgiyi hemşirelerden alan hastaların doğru cevap ortalamasının yüksek olması sevindirici bir bulgu iken, hastaların yalnızca %17.1'inin bu bilgiyi hemşirelerden almaları eğitimi ve danışmanlık görevimizi tam olarak yapmadığımızı göstermektedir. Hastaların yarısına yakınının ise stoma bakımına yönelik bilgiyi firma görevlilerinden aldıkları saptanmıştır.

Alabaz ve arkadaşlarının⁶³ araştırmasında, stoma bakımına ilişkin eğitim alan hastaların bu eğitimi, %40 oranında hemşirelerden, %39 oranında firma görevlilerinden ve %15 oranında doktorlardan aldıkları saptanmıştır. Bu hastalara yönelik eğitimin hemşireler tarafından verilme oranının yüksek olması, araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinde eğitilmiş stoma bakım hemşirelerinin bulunmasından

kaynaklanmaktadır. Buna rağmen firma görevlileri ile hemşirelerin eğitim verme oranlarının eşit olması dikkat çekicidir. Firma görevlileri kendi görevleri olmadığı halde hastalar ihtiyaç duydukları ve soru sordukları için onları bilgilendirmektedirler. Bu doğru bir yaklaşım olmamakla beraber sağlık profesyonellerinin üstlenmediği görevi firma görevlileri üstlenmek zorunda kalmışlardır.

Atay'ın⁷⁹ çalışmasında, hemşireler tarafından eğitilen hastaların %35'inin taburcu olmadan önce torba değişimini kendisinin yaptığı, diğer taraftan, firma görevlilerince eğitilen hiçbir hastanın taburcu olmadan önce torba değişimini yapmadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada, hastaların taburcu olduktan bir ay sonraki kontrollerinde, hemşireler tarafından eğitilen %65 oranındaki hastanın torba değişimini kendisinin yaptığı, diğer grupta ise bu oranın %20'de kaldığı görülmektedir. Stoma bakımlarını kendileri yapan ve bu konuda eğitilen hastalar, stomaya daha kolay uyum sağlamaktadır⁸.

Hastanede doktorlardan bilgi aldıklarını ifade eden hastaların doğru cevap ortalamaları en düşüktür. Bu durumun nedeninin yoğun olan cerrahların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasında hastalara gerekli bilgileri verecek kadar zaman ayıramamaları olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada sorgulanan bilgiler stoma bakımı üzerine odaklanmıştır. Cerrahlar ise hastalarını daha çok tanı ve ameliyata ilişkin bilgilendirmektedirler.

Stomalı bir hastanın yeni yaşam biçimine uyumu, beden imajındaki değişikliği kabullenmesi ve ameliyattan sonraki yaşamını bağımsız sürdürebilmesi, ameliyat

öncesi dönemden başlayarak taburcu olana kadar geçen süre içinde aldıkları hemşirelik bakımı ve eğitimi ile doğrudan ilişkilidir⁵⁰.

Literatürde, hastaların stoma bakımı konusundaki eğitimlerine hastaneye yatar yatmaz başlanması ve buna ameliyat sonrası dönemde de devam edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır^{15,53,56}. Ameliyat öncesi dönemde eğitilen hastalarda, iyileşme daha hızlı olmakta ve bu hastalarda daha az psikososyal problem görülmektedir. Yine bu hastalar, ameliyat sonrası görülen problemleri kolaylıkla aşmaktadırlar^{8,80}. Colwell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bireylerin ameliyat öncesi dönemden itibaren desteklenmesinin stomaya uyumlarını kolaylaştırdığı belirtilmektedir²⁸.

Stomalı bireylerin ameliyat öncesi dönemde başlanarak bilgilendirilmesi ve taburcu olmadan önce bazı psikomotor becerileri kazanması gerekir. Oysa hastalarımızın sadece %21.4' ünün ameliyat öncesi dönemden başlayıp taburcu olana kadar bilgilendirildiği saptanmıştır (Tablo 3). Gürkan ve arkadaşlarının⁸¹, İstanbul'da üç üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmalarında hastaların sadece %26.8'inin ameliyat öncesi dönemde, %91.9'unun ameliyat sonrası dönemde, %83.9'unun da taburcu olurken stoma bakımına yönelik bilgilendirildiği saptanmıştır.

Hastaların %39.7' sinin taburculuk sonrası stoma bakımı ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti almadığı saptanmıştır (Tablo 3). Taburculuk sonrası bilgi alan hastaların stoma bakımına ilişkin doğru cevap ortalamaları (18.1 ± 2.5), bilgi almayanlardan (16.3 ± 2.2) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Hastalar taburcu olduktan sonra hastanede verilen eğitimin sürdürülmemesi, taburculuk sonrasında evde izleyecek sağlık personelinin olmaması ve sorunları olduğunda danışabilecekleri bir kurumun olmaması gibi nedenlerle sorunlarıyla baş edememektedirler.

Alkan'ın⁷⁴ çalışmasında stomalı hastaların, ameliyat sonrasında hastanede aldıkları bilgileri ev ortamında tam olarak aktaramadıkları, dolayısıyla da bu hastaların düzenli ve sürekli olarak eğitime gereksinim duydukları gözlenmiştir. Elde edilen sonuçlar, ev ortamında verilen eğitimin hastaların stoma bakımı yapmasında ve stoma sonrası görülen komplikasyonların azalmasında önemli bir gelişme sağladığını göstermektedir. Benzer şekilde Addis'in⁷³ çalışmasında da taburculuk sonrası evde izlenen hastaların birçok probleminin azaldığı, hatta yok olduğu ve yaşam kalitelerinin yükseldiği gözlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında yayınlanan evde bakım hizmeti yönetmeliğinin de belirttiği gibi evde bakımda devamlılık esastır⁷⁷. Bu devamlılık, hastanın talebine ve ihtiyacına göre kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olmalıdır. Araştırmalarda da görüldüğü gibi stomalı hastaların taburcu olduktan sonra da bakıma ihtiyaçları vardır. Ülkemizde de evde bakım hemşirelerinin yetiştirilerek stomalı hastalara bu hizmeti sunmaları sağlanmalıdır.

Hastaların taburculuk sonrası eğitim almaları sevindirici olmakla beraber çoğunluğunun (%61.7) bu eğitimi firma görevlilerinden almaları sağlık hizmeti adına üzücüdür (Tablo 3). Firma görevlilerinin verdikleri eğitim yalnızca stoma ve stoma çevresindeki cildin bakımıyla ilgili olup, stomanın neden olduğu psikolojik ve sosyal

sorunları kapsamamaktadır. Oysa stomalı hastaların yalnızca fiziksel değil, psikolojik ve sosyal açıdan da desteklenmesi gerekir. Bu hizmet ancak bütüncül bir hemşirelik bakımı anlayışıyla sağlanabilir.

Hastaların taburculuk sonrası stoma bakımı ile ilgili bilgi kaynaklarının ikişerli olarak karşılaştırılmasına baktığımızda bu farklılığın birkaç gruptan kaynaklandığı görülmektedir (Ek Tablo 3). Bu gruplar firma görevlileri ile hemşireler ve doktorlar, Gazi Üniversitesi Stomaterapi Ünitesi ile doktorlar, hemşirelerle doktorlar ve birden fazla kaynaktan bilgi alan hastalardır ($p<0.05$).

Hemşirelerden (20.6 ± 1.5) ve Gazi Üniversitesi Stomaterapi Ünitesi'nden (19.2 ± 1.5) eğitim ve danışmanlık alan hastaların doğru cevap ortalamaları en yüksektir ($p<0.05$).

Karadağ ve arkadaşlarının, Gazi Üniversitesi Stomaterapi Ünitesi kapsamında yaptıkları bir çalışmada, hastaların üniteye başvurduklarında görülen komplikasyonlarının düzenli olarak takip edilerek danışmanlık hizmeti verildikten sonra azaldığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada psikolojik, fizyolojik, sosyal destek ve bilgilendirmenin hastaların yaşam kalitelerini anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır¹⁵.

Benzer şekilde Özdemir'in⁸² Gazi Üniversitesi Stomaterapi Ünitesi'nde yaptığı çalışmada, taburculuk sonrasında hasta ve yakınlarına hemşireler tarafından verilen eğitimin hastaların sorunlarını azalttığı ve hastalardaki yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu, stomaterapi

ünitesinin yaşamlarını olumlu yönde etkilediğini ve verilen eğitimin yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Bu eğitim sonucunda hastaların stoma bakımını doğru olarak yaptıkları gözlenmiştir.

Yapılan araştırmalarda da görüldüğü gibi, 1958 yılında başlayan stomaterapi hemşirelerinin hastaların yaşamlarında önemli değişiklikler yarattıkları, yaşam kalitelerini ve hasta memnuniyetini artırdıkları, düzenli takip ve danışmanlık hizmeti vererek komplikasyonları azalttıkları tespit edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, abdominal stomalı hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların %62.8'i erkektir. %33.3'ünü 55 ile 64 yaş grubu oluşturan hastaların %34.6'sı lise mezunudur. Hastaların %74.4'ü evli, %42.3'ü emekli, %69.2'sinin sosyal güvencesi emekli sandığı ve %38.5'i eşiyile yaşamaktadır.
- Hastaların %55.1'inin tanısı colorectal kanserdir ve %59'una kalıcı kolostomi açılmıştır. Hastaların %52.6'sı çift parçalı alttan boşaltmalı torba kullandığını; %64.1'i stoma bakımını yapmasını kendisinin yaptığını ve %93.6'sı stoma bakımını yapmasını engelleyen herhangi bir durumu olmadığını ifade etmiştir.
- Hastaların %89.7'si, hastanede stoma bakımı ile ilgili bilgi aldığını, %37.1'i bu bilgiyi firma görevlilerinden aldığını ve %51.4'ü de bu bilgiyi ameliyattan hemen sonra aldığını ifade etmiştir. Taburculuk sonrasında ise %60.3'ünün eğitim ve danışmanlık aldığı ve %61.7'sinin bu eğitimi firma görevlilerinden aldığı saptanmıştır.
- Stoma bakımına ilişkin önermelere verilen yanıtlara bakıldığında hastaların; %97.4'ünün 'Stoma ve çevresi ılık su ile ıslatılmış pamuk ya da gazlı bezle temizlenir' 2 nolu önermeyi, %96.2'sinin 'Gece yatmadan önce torba boşaltılır'

13 nolu önermeyi, %94.9'unun 'Stoma çevresine torbanın iyi yapışmasını sağlamak ve sızıntıyı önlemek amacıyla pasta sürülür' 23 nolu önermeyi, %93.6'sının 'Stoma ve çevresi silindikten sonra kurulanır, kurulama yeni adaptörün / torbanın iyi yapışması için önemlidir' 4 nolu önermeyi doğru yanıtladığı,

%56.4'ünün 'Çıkarılan torba doğrudan çöpe atılır' 18 nolu önermeyi, %51.3'ünün, 'Stoma çevresi ile torbanın / adaptörün kenarı arasında en az 1cm'lik boşluk bırakılır' 9 nolu önermeyi, %48.7'sinin 'Stoma temizliğinde mutlaka sabun kullanılır' 5 nolu önermeyi, %48.7'sinin, 'Stoma ve çevresi temizlenirken kaynatılıp soğutulmuş su kullanılır' 14 nolu önermeyi yanlış yanıtladığı,

%35.9'unun 'Deri tahrişi sık olan kişilerde çift parçalı torba kullanılır' 7 nolu önermeyi, %20.5'inin 'Tek parçalı torba 72 saatte bir değiştirilir' 12 nolu önermeyi, %11.5'inin, 'Ostomi torbası veya adaptörü ciltten çıkartılırken aşağıdan yukarıya doğru çekilerek çıkartılır' 17 nolu önermeyi, %9.0'unun 'Stoma çevresi ölçülür ve ona uygun adaptör kesilir' 3 nolu önermeyi, aynı oranda 'Stoma çevresi ile adaptörün / torbanın kenarı arasında en az 1 cm'lik boşluk bırakılır' 9 nolu önermeye bilmiyorum yanıtını verdiği saptanmıştır.

- Hastaların stoma bakımına ilişkin önermelere verdikleri doğru cevap ortalamaları, kadınlarda 17.5 ± 2.7 ; erkeklerde 17.3 ± 2.5 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde hastaların, cinsiyetlerine göre doğru cevap yanıt ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Hastaların yaş gruplarına göre doğru cevap ortalamaları karşılaştırıldığında, 40 yaşın altındaki bireylerde doğru cevap ortalaması 18.7 ± 2.3 iken, 40-54 yaş

arasında 18.4 ± 2.3 ; 55-64 yaş arasında 16.6 ± 2.5 ; 65> ise 15.7 ± 1.9 olarak saptanmıştır. Yaş gruplarına göre doğru cevap ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaş gruplarının karşılaştırılmasında bu farklılığın 40 yaş altındaki hastalarla 55-64 yaş ve >65 olanlar arasında, 50-54 yaş ile 55-64 yaş ve >65 olan hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

- Hastaların doğru cevap ortalamaları ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, doğru cevap ortalaması, okur yazar olmayan hastalarda 13.5 ± 0.7 ; okur yazar olanlarda 14.7 ± 1.2 ; ilkokul mezunlarında 16.4 ± 2.1 ; ortaokul mezunlarında 16.8 ± 4.0 ; lise mezunlarında 17.7 ± 1.9 ; yüksekokul mezunlarında ise 19.9 ± 1.6 olarak saptanmıştır. Eğitim durumlarına göre doğru cevap ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.05$). Hastaların eğitim durumlarının ikişerli olarak karşılaştırılmasına baktığımızda bu farklılığın, okur-yazar olmayan hastalarla, lise ve yüksekokul mezunları arasında; ilkokul mezunları ile yüksekokul mezunları arasında ve lise mezunları ile yüksekokul mezunları arasındaki gruplardan kaynaklandığı saptanmıştır.
- Üniversite hastanesinde ameliyat olan hastaların doğru cevap ortalamaları 17.7 ± 2.7 iken, bu ortalama devlet hastanesinde ameliyat olanlarda 16.5 ± 1.9 ; özel hastanede ameliyat olanlarda ise 17.3 ± 2.9 'dur. Araştırma kapsamına alınan hastaların; ameliyat oldukları hastanelere göre doğru cevap ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).
- Stoma bakımı ile ilgili bilgi aldığını belirten hastaların doğru cevap ortalamaları 17.6 ± 2.5 iken, bilgi almayanlarda ortalama 15.5 ± 2.7 olarak saptanmıştır.

Stoma bakımı ile ilgili bilgi alan hastalarla bilgi almayan hastaların doğru cevap ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

- Stoma bakımına ilişkin bilgiyi hemşireden aldığını ifade eden hastaların doğru cevap ortalamaları, diğer bilgi kaynaklarından bilgi aldığını belirten hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Hastaların, stoma bakımı ile bilgi aldıkları kaynaklara göre doğru cevap ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır ($p>0.05$).
- Ameliyat öncesi dönemden başlayarak taburcu olana kadar bilgi alan hastaların doğru cevap ortalamaları 18.5 ± 2.4 iken, ameliyattan hemen sonra bilgi alan hastalarda ortalama, 17.5 ± 2.5 ; taburcu olmadan önce bilgi alanlarda 16.8 ± 2.3 ; evde bilgi alanlarda ise 17.0 ± 1.4 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde, stoma bakımı ile ilgili bilgi verilme zamanına göre cevap ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Taburculuktan sonra eğitim alan hastaların doğru cevap ortalamaları 18.1 ± 2.5 eğitim almayanların ise, 16.3 ± 2.2 'dir. Hastaların taburculuk sonrası stoma bakımı ile ilgili eğitim ve danışmanlık alma durumlarına göre doğru cevap ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Taburculuk sonrası bilgi aldıkları kaynaklar ile doğru cevap ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde hemşirelerden bilgi alan hastalarda doğru cevap ortalaması 20.6 ± 1.5 iken, Gazi Üniversitesi Stomaterapi Ünitesinden bilgi alan hastalarda 19.2 ± 1.5 ; firma görevlilerinden bilgi alan hastalarda 17.7 ± 2.3 ; doktorlardan bilgi alan hastalarda 13.7 ± 0.6 , birden fazla kaynaktan bilgi alan hastalarda ise 17.0 ± 0 olarak saptanmıştır. Taburculuk sonrası stoma bakımı ile

ilgili bilgi kaynaklarına göre cevap ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

6.2. Öneriler

- Taburculuk eğitiminin ve taburculuk sonrası gözlemlerin daha düzenli yapılabilmesi için hastanelerde stomaterapi ünitelerinin açılması.
- Ameliyat öncesi dönemde başlanarak stoma bakım hemşireleri tarafından hasta ve yakınlarına eğitim, bakım ve danışmanlık hizmeti verilmesi.
- Hemşireler tarafından, hastaların yararlanabileceği eğitim materyallerinin oluşturularak hastalara verilmesi.
- Cerrahi kliniklerde çalışan tüm hemşirelerin hizmetiçi eğitimle desteklenerek eğitim ve danışmanlık rollerini yerine getirmelerinin sağlanması.
- Stomalı hastaların sorunlarını, bilgi ve becerilerini paylaşabilecekleri gönüllü kuruluşların oluşturulması.
- Stomalı hastaların düzenli ve sürekli olarak eğitime gereksinim duymaları nedeniyle evde bakım hemşireliği hizmetlerinin geliştirilmesi.

ÖZET

Araştırma abdominal stomalı hastaların stoma bakımına yönelik bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, stoma bakım ürünlerini pazarlayan firmalara kayıtlı 78 hasta oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla ilgili veriler, ikinci bölümde ise hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerini saptamaya yönelik önermeler yer almaktadır. Anket formları hastalara, firmalar aracılığıyla zarf içerisine geri dönüş pulları da eklenerek gönderilmiştir, hastalar tarafından firmalara yollanan veriler araştırmacı tarafından bir araya getirilerek değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin kodlama ve değerlendirme işlemleri araştırmacı tarafından bilgisayarda SPSS 11.5 programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, çoklu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis çok etkenli varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırmadan şu sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %62.8'i erkek, %33.3'ü 55–64 yaş grubundadır. Hastaların % 74.4'ü evli ve %34.6'sı lise mezunu ve %23.1'i üniversite mezunudur. Hastaların %38.5'i eşiyile, %7.7'si ise yalnız yaşamaktadır. Hastaların %55.1'i tanısının colorektal kanser olduğunu; %67.9'u üniversite hastanesinde ameliyat olduğunu; %59.0'u kalıcı kolostomisi olduğunu; %52.6'sı çift parçalı alttan boşaltmalı torba kullandığını belirtmiştir. Hastaların %64.1'i, stoma bakımını kendilerinin yaptığını; %93.6'sı stoma bakımını engelleyen herhangi bir engelleri olmadığını ifade etmiştir. Hastaların; 89.7'si hastanede stoma bakımı ile

ilgili bilgi aldığını ve %41.4'ü bu bilgiyi birden fazla kaynaktan, %51.4'ü ise bu bilgiyi ameliyattan hemen sonra aldığını belirtmiştir. Hastaların %60.3'ü taburculuk sonrası eğitim ve danışmanlık aldığını, %61.7'si bu eğitimi firma görevlilerinden aldığını belirtmişlerdir.

Hastaların cinsiyet, ameliyat oldukları hastane, hastanedeki bilgi kaynakları ile doğru cevap ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların yaş, eğitim düzeyi, hastanede ve taburculuk sonrası eğitim alma durumları ve taburculuk sonrası eğitimi kimden aldıkları ile doğru cevap ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

SUMMARY

This study was made to determine the information level devoted to stoma care of patients with abdominal stoma.

The samples for this study included 78 patients registered to companies marketing these stoma care products. The survey form developed by the researcher consists of two parts. In the first part the socio-demographic features of the patients and the data about the disease are considered where as in the second part the proposals to determine the knowledge level are involved. The companies sent the forms to the patients in envelopes with comeback stamps. The reply sheets were gathered up and evaluated by the same researcher. The coding and evaluation processes were made by the researcher on the computer by means of SPSS 11.5 program. In evaluating the data, Mann-Whitney U test with dual comparisons and Kruskal-Wallis variance analysis with multiple comparisons were used

These are the results obtained; 62.8 % of the patients who participated the research was males, 33.3 % was at the ages of 55-64. 74.4 % were married, 34.6 % high school graduates, 23 % university graduates. 38.5 % of the cases lived with their partners, % 7.7% lived alone. The diagnosis of 55.1 % was colorectal cancer, 67.9 % was operated at a university hospital, 59 % had permanent colostomy 52.6 % have used double parted bags emptied underneath. 64.1 % took care of their stoma themselves 93.6 % expressed no handicaps that hindered their stoma care. 89.7 % said that they got information fin the hospital, 41.4 % got the knowledge from multiple sources, 51.4 % said that they got information just after the operation 60.3 % said that they got education and counseling after being discharged from hospital, 61.7 % got this education

from the company attendant.

The patients' sexualities, the hospital where they were operated, the information sources in the hospital and the average of correct answers was insignificant ($p>0.05$). The correlation between the suitable answers and the education level or whom they got this education or the difference between the right answers averages was significant ($p<0.05$).

Proposals were made according to the results of the research.

KAYNAKLAR

- 1- Birol, L.: Hemşirelik Süreci,13, 4.Baskı, Bozyaka Matbaacılık, İzmir, (2000)
- 2- Aksoy, G.: Stomada hemşirelik bakımı, Klinik Onkoloji Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı, İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Yayınları 4, 85-87, İstanbul, (1997)
- 3- Karadağ, A., Alabaz, Ö., Erkoçak, E.: Stoma, "Kolon ve Rektum Anal Bölge Hastalıkları", (Alemdaroğlu, K., Akçal, T., Buğra, D., ed.), 309-329, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, (2004)
- 4- Comb, J.: Role of the stoma care nurse: patient with cancer and colostomy, British Journal Of Nursing, 12(14), 852-856, (2003)
- 5- www.cdc.gov/cancer/screenforlife/-26k (Erişim tarihi: 06.01.2006)
- 6- www.seer.cancer.gov/statfacts/html/urinb.html (Erişim tarihi:10.12.2006)
- 7- Burch, J.: The pre-and postoperative nursing care or patients with a stoma, British Journal of Nursing, 14(6), 310-318, (2005)
- 8- Black, P.: Practical stoma care, Nursing Standard, 14(41), 47-55, (2000)
- 9- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri, (2003)
- 10- Karadağ, A.: Barsak stoması açılan hastalarda hemşirelik bakımı, Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi, 14, 26-31, (2004)
- 11- Hughes, A.: Life With A Stoma, Nursing Times, 87(25), 67-68, (1991)
- 12- Bekkers, M.J., Knippenberg, F.C., Borne, H.W., Bege-Henegouwen, G.P.: 'Prospective evaluation of psychosocial adaptatiion to stoma surgery: the role of self-efficacy, Psychosom Med, 58(2), 183-191, (1996)
- 13- White, C.: Psychological management of stoma-related concerns, Nursing Standard, 12(36), 35-38, (1998)
- 14- Metcalf, C.: Stoma care: empowering patients through teaching practical skills, British Journal Of Nursing, 8(9), 593-600, (1999)

- 15-** Karadağ, A., Menteş, B., Üner, A., İrkörücü, O., Ayaz, S., Özkan, S.: İmpact of stomatherapy on quality of life in atients with permanent colostomies or ileostomies, *Int J Colorectal Dis*, 18, 234-238, (2003)
- 16-** Skingley, S.: Changing practice: the role of the community stoma nurse, *British Journal Of Nursing*, 13(2), 79-86, (2004)
- 17-** Rolstad, B.S., Erwin-Toth, P.L., Peristomal skin complications: prevention and management, *Ostomy Wound Manage*, 50(9), 68-77, (2004)
- 18-** Ratliff, C., Scarano, K., Donovan, A.: Descriptive study of peristomal complications, *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 32(1), 33-37, (2005)
- 19-** Madzic, Z., Barisic, G., Petrovic, J.: Stoma skin complications in patients in colorektal department 8th ECET Congress, Helsinki Fair Centre, 19-22 June, Helsinki, Finland, (2005)
- 20-** Persson, E., Gustavsson, B., Hellstrom, A.L., Lappas, G., Hulten, L.: Ostomy patients perceptions of quality of care, *Journal Of Advanced Nursing*, 49(1), 51-58, (2005)
- 21-** Lyon, C.C., Smith, A.J., Griffiths, C.E.M., Beck, M.H.: The spectrum of skin disorders in abdominal stoma patients, *British Journal Of Dermatology*, 143, 1248-1260, (2000)
- 22-** Bradley, C.: The role of the stoma care nurse, *Nursing*, 4(18), 9-11, (1990)
- 23-** Black, P.: Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma, *British Journal Of Nursing*, 13(12), 692-697, (2004)
- 24-** Aksoy, G.: Ostomili Hastanın Eğitimi, *Hemşirelik Bülteni*, 4(18), 37-45, (1990)
- 25-** Brown, H., Randle, J.: Living with a stoma: a review of the literatüre, *Gastroenterology*, 14, 74-81, (2005)
- 26-** Wade, B.E.: Colostomy patients: pscychological adjusment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stomachcare nurses and districts which did not, *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1297-1304, (1990)

- 27-** Karadağ, A., Menteş, B., Ayaz, S., İrkörücü, O., Alabaz, Ö.: Kolostomili Ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitap, 7-39, Ankara, (2003)
- 28-** Colwell, J., Goldberg, M., Carmel, J.: The state of the standard diversion, Wound Ostomy and Continence Nurses Society,28(1), 6-17, (2001)
- 29-** Doughty, B.D.: The state of ostomy care: tremendous progress, continued challenges, Wound Ostomy and Continence Nurses Society, 28(1), 1-2, (2001)
- 30-** Potts, C.M.: Small price to pay, Ostomy Quarterly, 40(3), 42-45, (2003)
- 31-** www.wocn.org/education/wocet/programs.html (Erişim tarihi:06.10.2006)
- 32-**White, G.M., Gray, E.H.: Stoma care in the school setting, The Journal of School Nursing, 22(2), 74-80, (2006)
- 33-** Şelimen, D. ve ark.: Stoma Bakımı, 18-27, İstanbul, (1998)
- 34-** Kadner, I.J., Fleshman, J., Read, T.: Colon, Rektum And Anus, Schwartz's Principles Of Surgery, Vol:2, 1265-1290, Seventh Edition, (2004)
- 35-** Borwell, B.: Colostomies and their management, Nursing Standard, 11, 8, 49-53, (1996)
- 36-** Arıkan, N., Türkölmez, K., Bedük, Y.,Erduran, D., Özgök, Y.: Ogmentasyon, Substitusyon, Diversiyon, Andiversiyon, "Temel Üroloji", 895-948, Güneş Kitabevi, Ankara, (1998)
- 37-** Patrick, C., Walsh, M.B.: Cutanöz Continan Üriner Diversiyon, "Campbell's Üroloji", 3789-3800, Güneş Kitabevi, Ankara, (2005)
- 38-** Victor, W. F. Church, J. M., Delaney, C. P.: Stoma ve Yara Hemşirelik Bakımı, (Karadağ, A., Ed.) "Kolon Ve Rektum Cerrahisinde Güncel Tedavi", Avrupa Tıp Kitapçılık, 579-590, İstanbul, (2006)
- 39-** Alabaz, Ö., Akçam, T., Akıl, Y., Taylan, S.: Stoma Komplikasyonları, Ostomi Dergisi, 2, 3-7, 2005
- 40-** Orazio, M. D.: Peristomal skin dermatites part II, Ostomy Quarterly Health&Medical Complete, 40(4), 66-69, (2003)
- 41-** www.clevelandclinic.org/digestivedisease/documents (Erişim tarihi:20.01.2007)

- 42-** www.dermnetz.org/reactions/stoma.html (Erişim tarihi:27.01.2007)
- 43-** Stelton S, 'IV. Stomaterapi Kurs Notları', İstanbul, (2006)
- 44-** Sökücü, N.: Stoma Endikasyonları ve Komplikasyonları, I.Ulusul Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, 9-12, İstanbul, (1995)
- 45-** www.uoaa.org/ostomy_info/whatis.shtml (Erişim tarihi:06.10.2006)
- 46-** Armstrong, E.: Practical aspects of stoma care, Nursing Times, 97(12), 40-42, (2001)
- 47-** Erwin-Toth P.: WOCN conference special: Ostomy Pearls, Advances in skin & Wound Care, 16(3), 146-152, (2003)
- 48-** Karadağ, A.: Enterostomal terapi, "Kolon ve Rektal Cerrahinin El Kitabı", (Alabaz Ö., ed.) 841-853, Nobel Tıp Kitabevi, (2004)
- 49-** Paulford, L.: Teaching your patient stoma care, Nursing, 23(9), 47-49, (1993)
- 50-** Akyolcu, N.: Kolorektal kanserlerde Hemşirelik Bakımı, Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı, 75-91, Antalya, (2004)
- 51-** Connor, G.: Discharge planning in rehabilitation following surgery for a stoma, British Journal Of Nursing, 12(13), 800-807, (2003)
- 52-** Oshea, H.: Teaching the adult ostomy patient, Journal Wound Ostomy and Continence Nursing, 28(1), 47-54, (2001)
- 53-** Dalgıç, G.: Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Hemşirelik Forumu, 2(9), 262-266, (1999)
- 54-** Çelik, F.: İntestinal Stomalar, Kolon ve Rektal Cerrahinin El Kitabı, 830-839, Nobel Tıp Kitabevi, (2004)
- 55-** Victor, W. F., Church, J. M., Delaney, C. P.: Stoma komplikasyonlarının önlenmesi ve tedavisi, (Oğuz., M. Ed.) "Kolon Ve Rektum Cerrahisinde Güncel Tedavi", 571-578, Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, (2006)
- 56-** Karadağ, A.: Kolon, Rektum, Anal Kanal Kanserlerinde Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Hemşirelik Bakımı, Ostomi Dergisi, 4(1), 9-12, (2003)

- 57-** www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/stomalı_hastanın_bakımı (Erişim tarihi: 06.12.2006)
- 58-** Karadağ, A., Menteş, B. ve ark.: İleostomi ve Kolostomi Hastalarına Yönelik Bir Hizmet Birimi Gazi Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Stomaterapi Ünitesi, Ostomi Dergisi, 3, 5-7, (2001)
- 59-** Bryant, D., Fleischer, I.: Changing an ostomy appliance, Nursing, 30(11), 51-53, (2000)
- 60-** Hamon, J.F., Beaugerie, L., Malafosse, M.: Care patterns and resumption of social and occupational activities after exeresis surgery in Crohn's disease, Ann Gastroenterol Hepatol, 31(4), 215-220, (1995)
- 61-** www.stat.uiowa.edu/~rlenth/Power/index.html (Erişim tarihi: 11.12.2005)
- 62-** Sümbüllüoğlu, K., Sümbüllüoğlu, V.: Biyoistatistik, 245-260, Hatiboğlu yayınları, Ankara, (1998)
- 63-** Rutledge, M., Thompson, M., Boyd-Carson, W.: Effective stoma siting, Nursing Standard, 18(12), 43-44, (2003)
- 64-** Salter, M.: Stoma Care, Nursing Times, 86(18), 67-71, (1990)
- 65-** Alabaz, Ö., Öztunç, G., Herek, Y., Taylan, S.: Stomalı bireylerin ürünlere ilişkin yaşadıkları sorunlar ile stoma bakımına ilişkin bilgi gereksinimleri, Ostomi Dergisi, 1, 13-17, (2003)
- 66-** Aksoy, G.: Stomalı hastanın bakımı, I. Ulusal Stoma Bakım Hemşireliği Sempozyumu, 13-20, İstanbul, (1995)
- 67-** Benjamin, H.J.: Teaching the stoma care routine to a patient with low vision, British Journal Of Nursing, 11(19), 1270-1277, (2002)
- 68-** Trainor, B., Thompson, M., Boyd, K., Boyd-Carson, W.: Changing an appliance, Nursing Standard, 18(13), 41-42,(2003)
- 69-** Trainor, B., Thompson, M., Boyd, K., Boyd-Carson, W.: Use of convex appliances, Nursing Standard, 18(20), 37-38, (2004)

- 70-** Metcalf, C., Myers, C., Taylor, P.: Stoma care 5(a) problem- solving, Nursing Times, 97(19), 43-44, (2001)
- 71-** Uzun, Ö.: Stomalı Hastalarda Özbakım İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı, 179-190, Antalya, (2004)
- 72-** Çavdar, İ.: Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, (1999)
- 73-** Addis, G.: İleostomili ve kolostomili hastaların taburculuk sonrası evde izlemlerinin yaşam kalitesine etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, (2000)
- 74-** Alkan, K.: Stomalı hastaya evde verilen eğitimin stoma bakımına, beslenmeye ve komplikasyonlara etkisinin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (1997)
- 75-** Candan, S.: Kolostomi ve ileostomi deneyimleyen hastaların hasta hemşire etkileşimlerinin belirlenmesi', İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (1993)
- 76-** www.cdc.gov/cancer/colorectal/what_cdc_is_doing/sfi (Erişim tarihi: 10.12.2006)
- 77-** www.saglik.gov.tr/TR/SiteAgaci.aspx (Erişim tarihi: 26.01.2007)
- 78-** Karadağ, A.: Dünya enterostomal terapistler konseyi (World Council of Enterostomal Therapists- WCET) ve enterostomal terapi (ET) hemşiresi, Ostomi Dergisi, 1, 18-21, (2003)
- 79-** Atay, M.: Stoma bakım eğitimi alan ve almayan hemşirelerin izlediği hastaların ameliyattan sonra yaşama uyum durumlarının karşılaştırılması', Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, (1999)
- 80-** Pringle, W., Swan, E.: Continuing care after discharge from hospital for stoma patients, British Journal Of Nursing, 10(19), 1275-1288, (2001)

81- Gürkan, A., Aslan, F., Akgün, M., Şelimen, D.: İstanbul'da yaşayan kolostomili bireylerin taburculuk sonrası evde karşılaştıkları sorunları saptamaya yönelik retrospektif bir çalışma, Hemşirelik Forumu, 2(5), 233-240, (1999)

82- Özdemir, S.: Kolostomili hastalarda stomaterapi eğitiminin ve kolostomi irigasyonunun yaşam kalitesine etkisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Yardım ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (2002)

ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Zile/Tokatta doğan Hilal TÜZER, ilk, orta ve lise eğitimini Zile’de tamamlamıştır. 1997 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Meslek Yüksek okulundan mezun olduktan sonra GATA’ da çalışmaya başlamıştır. 2003 yılında Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda lisans eğitimini tamamlamıştır.

1997–1998 yılları arası Gülhane Askeri Tıp Akademisi Üroloji Kliniği’nde, 1998–1999 yıllarında İzmir Hava Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği’nde, 1999-2000’de Elazığ Askeri Hastanesi Ortopedi Kliniği’nde, 2000–2005 yılları arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Üroloji kliniğinde klinik hemşiresi olarak çalışmıştır.

Şu anda Gülhane Askeri Tıp Akademisi Enfeksiyon Kontrol Komitesinde Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.

Hilal TÜZER, 2004 yılında Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları programında Yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

EK TABLOLAR

Ek Tablo 1. Hastaların Yaş Gruplarına Göre Doğru Cevap Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaş Grubu	<40	50-54	55-64	>65
<40		p=0.620	p=0.005	p=0.001
50-54			p=0.034	p=0.002
55-64				p=0.127
65>				

Ek Tablo 1'de hastaların yaş gruplarına göre doğru cevap ortalamalarının olarak karşılaştırılması ile elde edilen istatistiksel farklılık düzeyleri görülmektedir.

Tablo incelendiğinde; hastaların yaş gruplarına göre 40 yaşın altında olanlarla 55-64 yaş ve 65 yaş üstü olanlar arasında, 50-54 yaş ile 55-64 yaş ve 65 yaş üstü olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$).

Ek Tablo 2. Hastaların Eğitim Düzeyi İle Doğru Cevap Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	Okur-yazar olmayan	Okur yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul
Okur-yazar olmayan		p=0.226	p=0.039	p=0.192	p=0.034	p=0.022
Okur yazar			p=0.084	p=0.189	p=0.002	p=0.001
İlkokul				p=0.647	p=0.054	p=0.001
Ortaokul					p=0.354	p=0.096
Lise						p=0.016
Yüksekokul						

Ek Tablo 2'de hastaların eğitim düzeyi ile doğru cevap ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen istatistiksel farklılık düzeyleri görülmektedir.

Tablo incelendiğinde; okur-yazar olmayan hastalarla ilkokul, lise ve yüksekokul mezunları arasında, okur yazar olanlarla lise ve yüksekokul mezunları arasında, ilkokul mezunları ile yüksekokul mezunları arasında ve lise mezunları ile yüksekokul mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Ek Tablo 3. Hastaların Taburculuk Sonrası Stoma Bakımı İle İlgili Bilgi Kaynaklarına Göre Doğru Cevap Ortalamalarının Karşılaştırılması

Taburculuk Sonrası Eğitimi Kimden Aldığı	Firma görevlileri	Gazi Üniv. Stomaterapi Ünit.	Hemşire	Doktor	Birden fazla kaynaktan bilgi alanlar
Firma görevlileri		p=0.163	p=0.001	p=0.009	p=0.520
Gazi Üniv. Stomater. Ünit.			p=0.127	p=0.036	p=0.190
Hemşire				p=0.012	p=0.044
Doktor					p=0.200
Birden fazla kaynaktan bilgi alanlar					

Ek Tablo 3'te hastaların taburculuk sonrası stoma bakımı ile ilgili bilgi kaynaklarına göre doğru cevap ortalamalarının karşılaştırılması ile elde edilen istatistiksel farklılık düzeyleri görülmektedir.

Tablo incelendiğinde; firma görevlileri ile hemşireler ve doktorlar arasında, Gazi Üniversitesi Stomaterapi Ünitesi ile doktorlar arasında, hemşirelerle doktorlar ve birden fazla kaynaktan bilgi alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığı görülmektedir ($p<0.05$).

EK-1: KATILIMCILARI BİLGİLENDİRMEYE YÖNELİK YÖNERGE

KATILIMCILARI BİLGİLENDİRMEYE YÖNELİK YÖNERGE

Bu araştırma, stomalı hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtalamanız, çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği açısından oldukça önemlidir.

Bu veriler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçlar dışında bu veriler kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için objektif olmanızı ve soruları boş bırakmamanızı rica ederiz.

Teşekkürler.

Adres:

Ayvalı Cad. 68. Sok.
Kale Apt. 20/9
Etilik / ANKARA

Tel:

0 312 323 62 37
0 536 516 40 62

Email:

tuzerhilal@yahoo.com

Gazi Üniversitesi
Yüksek Lisans Öğrencisi
Hemşire Hilal TÜZER

EK-2: ABDOMİNAL STOMALI HASTALAR İÇİN ANKET FORMU

BÖLÜM I

ABDOMİNAL STOMALI HASTALAR İÇİN ANKET FORMU

A. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

1- Protokol No :

Tarih :

2- Tanı :

3- Doğum Tarihiniz :

4- Cinsiyetiniz : 1. () Kadın

2. () Erkek

5- Medeni Durumunuz : 1. () Evli

2. () Bekar

3. () Dul

6- Öğrenim Durumunuz : 1. () Okur yazar değil

2. () Okur yazar

3. () İlkokul

4. () Ortaokul

5. () Lise

6. () Yüksekokul

7- Mesleğiniz : 1. () Memur

2. () İşçi

3. () Emekli

4. () Ev Hanımı

5. () Diğer.....

8- Sosyal Güvenceniz : 1. () Emekli Sandığı

2. () Bağkur

3. () Sigorta

4. () Özel Sigorta

5. () Yok

9- Kiminle Yaşıyorsunuz : 1. () Eşi

2. () Eşi ve çocukları

3. () Çocukları

4. () Yalnız

5. () Diğer

10- Ameliyat tarihiniz?

11- Ameliyat olduğunuz hastane hangisidir?.....

12- Başka bir hastalığınız var mı? 1. () Evet

2. () Hayır

13- Cevabınız 'Evet' ise açıklayınız

.....

B. HASTALIKLA İLGİLİ VERİLER

- 14- Stomanızın Tipi : 1. () Geçici Kolostomi
2. () Kalıcı Kolostomi
3. () Geçici İleostomi
4. () Kalıcı İleostomi
5. () Ürostomi

- 15- Size stoma bakımı ile ilgili bilgi verildi mi?
1. () Evet
2. () Hayır (19. soruya geçiniz)

- 16- Cevabınız "Evet" ise size kim bilgi verdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
1. () Doktor
2. () Hemşire
3. () Firma görevlileri
4. () Diğer (açıklayınız).....

- 17- Bu bilgi ne zaman verildi?
1. () Ameliyat öncesi dönemden başlayıp taburcu olana kadar
2. () Ameliyattan hemen sonra
3. () Taburcu olmadan önce
4. () Kontrole gittiğimde
5. () Evde

- 18- Bu bilgi size nasıl verildi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
1. () Sadece kısa bilgi verildi
2. () Uzun uzun anlatıldı
3. () Gösterilerek anlatıldı
4. () Kitapçık verildi

- 19- Stoma bakımınızı kim yapıyor?
1. () Kendim
2. () Aile üyelerinden birisi (belirtiniz).....
3. () Diğer(açıklayınız).....

- 20- Stoma bakımınızı yapmanızı engelleyen herhangi bir rahatsızlığınız var mı?
1. () Görme bozukluğu
2. () Ellerini kullanamama
3. () Diğer (açıklayınız).....

- 21- Kullandığınız torba sistemi nedir?
1. () Tek parçalı alttan boşaltmalı
2. () Tek parçalı kapalı
3. () Çift parçalı alttan boşaltmalı
4. () Çift parçalı kapalı
5. () Stoma kapak / örtü

- 22- Taburcu olduktan sonra da stoma bakımı konusunda eğitim ve danışmanlık aldınız mı?
1. () Evet
2. () Hayır

- 23- Cevabınız ' Evet' ise nereden-kimden aldınız?
.....

BÖLÜM II

Bu bölümde size stoma bakımına ilişkin önermeler verilmiştir. Aşağıdaki önermelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız “**Doğru**”, yanlış olduğunu düşünüyorsanız “**Yanlış**”, cevabı bilmiyorsanız “**Bilmiyorum**” kutusunu işaretleyerek belirtiniz.

No:	ÖNERMELER	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1	Stoma kırmızıya yakın parlak pembe renkte ve nemlidir.			
2	Stoma ve çevresi ılık su ile ıslatılmış pamuk ya da gazlı bezle temizlenir.			
3	Stoma çevresi ölçülür ve ona uygun adaptör kesilir.			
4	Stoma ve çevresi silindikten sonra kurulur, kurulama yeni torbanın/adaptörün iyi yapışması için önemlidir.			
5	Stoma temizliğinde mutlaka sabun kullanılır.			
6	Deride herhangi bir tahriş görüldüğünde koruyucu pudra ve yara örtüsü kullanılır.			
7	Deri tahrişi sık olan kişilerde çift parçalı torba kullanılır.			
8	Torbanın yarısı ya da üçte biri dolduğunda mutlaka boşaltılır.			
9	Stoma çevresi ile torbanın/adaptörün kenarı arasında en az 1 cm'lik boşluk bırakılır.			
10	Torba çok dolarsa aşağıya doğru ağırlık yaparak stomadan cilde sızıntı olmasına yol açar.			
11	Yırtılan yada delinen torba yapıştırılarak tekrar kullanılır.			
12	Tek parçalı torba 72 saatte bir değiştirilir.			
13	Gece yatmadan önce torba boşaltılır.			
14	Stoma ve çevresi temizlenirken kaynatılıp soğutulmuş su kullanılır.			
15	Torbanın tamamı dolduğunda boşaltılır.			

Bu bölümde size stoma bakımına ilişkin önermeler verilmiştir. Aşağıdaki önermelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız “**Doğru**”, yanlış olduğunu düşünüyorsanız “**Yanlış**”, cevabı bilmiyorsanız “**Bilmiyorum**” kutusunu işaretleyerek belirtiniz.

No:	ÖNERMELER	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
16	Boşaltılabilir torba kullanılıyorsa torba içeriği tuvalete veya bu iş için ayrılan kaba boşaltılır.			
17	Ostomi torbası veya adaptörü ciltten çıkartılırken aşağıdan yukarıya doğru çekilerek çıkartılır.			
18	Çıkarılan torba doğrudan çöpe atılır.			
19	Torbanın adaptör kısmı bir problem olmadığı takdirde ciltte 3-5 gün kadar kalabilir.			
20	Torba veya adaptör cilde yapıştırılırken elle yarım dakika bastırılarak iyice yapışması sağlanır.			
21	Torba yerleştirildikten sonra kendimize doğru çekilerek yerleşip yerleşmediği kontrol edilir.			
22	Torba veya adaptörün ciltten kolay çıkması için çevresi alkol ya da kolonya ile ıslatılır.			
23	Stoma çevresine torbanın iyi yapışmasını sağlamak ve sızıntıyı önlemek amacıyla pasta sürülür.			
24	Stomanın üzeri temizlenirken ağrı duyusu hissetmek normaldir.			

EK- 3: BİLGİ SORULARININ DOĞRU CEVAP ANAHTARI

Bu bölümde size stoma bakımına ilişkin önermeler verilmiştir. Aşağıdaki önermelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız “**Doğru**”, yanlış olduğunu düşünüyorsanız “**Yanlış**”, cevabı bilmiyorsanız “**Bilmiyorum**” kutusunu işaretleyerek belirtiniz.

No:	ÖNERMELER	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1	Stoma kırmızıya yakın parlak pembe renkte ve nemlidir.	X		
2	Stoma ve çevresi ılık su ile ıslatılmış pamuk ya da gazlı bezle temizlenir.	X		
3	Stoma çevresi ölçülür ve ona uygun adaptör kesilir.	X		
4	Stoma ve çevresi silindikten sonra kurulanır, kurulama yeni torbanın/adaptörün iyi yapışması için önemlidir.	X		
5	Stoma temizliğinde mutlaka sabun kullanılır.		X	
6	Deride herhangi bir tahriş görüldüğünde koruyucu pudra ve yara örtüsü kullanılır.	X		
7	Deri tahrişi sık olan kişilerde çift parçalı torba kullanılır.	X		
8	Torbanın yarısı ya da üçte biri dolduğunda mutlaka boşaltılır.	X		
9	Stoma çevresi ile torbanın/adaptörün kenarı arasında en az 1 cm'lik boşluk bırakılır.		X	
10	Torba çok dolarsa aşağıya doğru ağırlık yaparak stomadan cilde sızıntı olmasına yol açar.	X		
11	Yırtılan yada delinen torba yapıştırılarak tekrar kullanılır.		X	
12	Tek parçalı torba 72 saatte bir değiştirilir.		X	
13	Gece yatmadan önce torba boşaltılır.	X		
14	Stoma ve çevresi temizlenirken kaynatılıp soğutulmuş su kullanılır.		X	
15	Torbanın tamamı dolduğunda boşaltılır.		X	

Bu bölümde size stoma bakımına ilişkin önermeler verilmiştir. Aşağıdaki önermelerin doğru olduğunu düşünüyorsanız “**Doğru**”, yanlış olduğunu düşünüyorsanız “**Yanlış**”, cevabı bilmiyorsanız “**Bilmiyorum**” kutusunu işaretleyerek belirtiniz.

No:	ÖNERMELER	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
16	Boşaltılabilir torba kullanılıyorsa torba içeriği tuvalete veya bu iş için ayrılan kaba boşaltılır.	X		
17	Ostomi torbası veya adaptörü ciltten çıkartılırken aşağıdan yukarıya doğru çekilerek çıkartılır.		X	
18	Çıkarılan torba doğrudan çöpe atılır.		X	
19	Torbanın adaptör kısmı bir problem olmadığı takdirde ciltte 3-5 gün kadar kalabilir.	X		
20	Torba veya adaptör cilde yapıştırılırken elle yarım dakika bastırılarak iyice yapışması sağlanır.	X		
21	Torba yerleştirildikten sonra kendimize doğru çekilerek yerleşip yerleşmediği kontrol edilir.	X		
22	Torba veya adaptörün ciltten kolay çıkması için çevresi alkol ya da kolonya ile ıslatılır.		X	
23	Stoma çevresine torbanın iyi yapışmasını sağlamak ve sızıntıyı önlemek amacıyla pasta sürülür.	X		
24	Stomanın üzeri temizlenirken ağrı duyusu hissetmek normaldir.		X	

EK- 4: ARAŐTİMA İZİN YAZILARI



T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.GÜN.0.77.00.01 / 576
Konu :

ANKARA
15.12.2005

İLGİLİ MAKAMA

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı öğrencisi Hilal TÜZER “Abdominal Stomalı Hastaların Stoma Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi ” konulu tez çalışmasını kayıtlı hastalarınızla yapmayı planlamaktadır.

Gereği için bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. Nalan ÖZHAN-ELBAŞ
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik ABD.Başkanı ve Hemşirelik Yüksekokulu
Müdürü



DEKSAN
SAĞLIK HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

ANKARA
23/12/2005

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı bilim uzmanlığı öğrencisi Hilal Tüzer'in **Abdominal Stomalı Hastaların Stoma Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi** konulu tez çalışması için hazırladığı anket programını **Deksan Medikal Hollister** olarak kayıtlı hastalarımıza uygulamasında bir sakınca bulunmamaktadır.

SAYGILARIMLA

ŞİRKET MÜDÜRÜ
YAVUZ KIRICI

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ

HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ANKARA

15/01/2006

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik programı bilim uzmanlığı öğrencisi Hilal Tüzer in **Abdominal Stomalı Hastaların Stoma Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi** konulu tez çalışması için hazırladığı anket programının **Meta Medikal COLOPLAST** olarak kayıtlı hastalara uygulamasında bir sakınca bulunmamaktadır

Saygılarımla

Ürün Müdürü

İİKER TEKİN


META MEDİKAL LTD. ŞTİ.
A. Adnan Saygun Caddesi No: 4/3
Tel: 312 433 22 73 - Faks: 433 22 73 - ANK.
Çankaya / Ankara / Türkiye / Ücretli: 519 004 0037

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ

HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ANKARA
10/01/2006

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı bilim uzmanlığı öğrencisi Hilal Tüzer'in **Abdominal Stomalı Hastaların Stoma Bakımına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi** konulu tez çalışması için hazırladığı anket programını Hekimsan Medikal Hollister olarak kayıtlı hastalarımıza uygulamasında bir sakınca bulunmamaktadır.

SAYGILARIMLA
ŞİRKET MÜDÜRÜ

HEKİMSAN İTHALAT ve İHRACAT
TİCARET LTD. ŞTİ.
Süleyman Sırtı Sokak No: 21/35 Şişliye
Tel: (0 312) 435 81 31 ANKARA
Çankaya / D. M. B. N. 3849